

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

No

23

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 Novembre 1906, à 1 heure

LE ZONA

Associé aux PARALYSIES

et aux AMYOTROPHIES

par

PAUL-MARIE-CHARLES DOUCET

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 14 décembre 1880

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Président : M. BRISSAUD, professeur ;

Juges : MM. SEGOND, professeur ;

CLAUDE, }
Pierre DUVAL, } *agregés.*

NANTES - A. DUGAS & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS - NANTES

5. QUAI CASSARD, 5

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS-DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANCON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	M. RIEFFEL, chef
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	des Travaux anatomiques.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBÉ.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HERVOUET

Professeur de Clinique médicale à l'École de Médecine de Nantes

Médecin des Hôpitaux de Nantes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Paris

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

La question des paralysies associées au zona a été, depuis vingt ans, l'objet de nombreux travaux.

Appliquant à ces paralysies, devenues complication du zoster, la théorie du zona fièvre éruptive, la plupart des auteurs se sont efforcé d'établir l'analogie qui existe entre ces paralysies, et celles qu'on peut rencontrer dans d'autres maladies infectieuses : la diphtérie par exemple.

Cette façon d'envisager les paralysies associées aurait sa valeur si l'assimilation rigoureuse du zona aux fièvres éruptives était bien démontrée. Mais, c'est là un point qu'il reste encore à prouver, et les arguments qu'on a fait valoir en sa faveur, malgré l'éloquente parole de Landouzy et de ses élèves, sont passibles de bien des objections et n'autorisent pas à enfermer le zona dans le cadre étroit d'une maladie infectieuse.

Comment alors expliquer l'apparition des paralysies au cours du zona ? C'est ce que nous allons tâcher de faire. Après avoir rappelé brièvement l'historique de ces troubles moteurs et décrit les caractères des paralysies ou amyotrophies nous aborderons cette question si intéressante de la pathogénie du zona associé.

M. le professeur Hervouët a bien voulu, en nous inspirant cette thèse, nous donner deux observations qu'il a eu occasion de recueillir dans son service et nous confier

le fruit de ses recherches personnelles sur ce sujet. Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre profonde reconnaissance et notre vive gratitude.

Nous remercions bien sincèrement M. le professeur Brissaud du grand honneur qu'il nous fait de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

L'association du zona aux paralysies et aux amyotrophies était-elle connue des anciens? C'est peu probable; en tout cas cette question n'offre qu'un médiocre intérêt étant donné que l'histoire du zona appartient toute — si l'on peut dire — à l'histoire moderne.

Si les vieux auteurs nous décrivent bien l'herpès zoster, ou feu de Saint-Antoine, ils ne voient pas au delà de l'éruption qui pour eux résume toute la maladie et qu'ils classent parmi les dartres. Il nous faut arriver à Parrot, en 1859, pour trouver, signalés pour la première fois, les rapports qui unissent l'éruption zostérienne et l'affection nerveuse. Le premier il subordonne l'herpès à la névralgie, le premier il classe résolument le zona parmi les troubles neurotrophiques.

Les ophtalmologistes semblent être les premiers à avoir remarqué l'existence de paralysies au cours du zona ophtalmique. Accompagnant le zona de la V^e paire, ils mentionnent des paralysies plus ou moins complètes de la III^e paire, soit un peu de mydriase plus ou moins prononcée, plus ou moins persistante. Hybord, dans sa thèse (1), Coppez (2) rapportent incidemment et sans y attacher d'autre importance, plusieurs cas de ce genre.

(1) Le zona ophtalmique. Th. Paris, 1872.

(2) *Annales d'oculistique*, 1873.

En 1880, De Wecker et Landolt (1) écrivaient. « Dans un nombre restreint de cas, des paralysies musculaires plus ou moins complètes peuvent accompagner le zona ophthalmique (7 % des cas environ). Chez un homme de 57 ans, observé par Hutchinsón, la paralysie complète de toutes les branches de la troisième paire s'est rencontrée. Chez un malade de Vernon, âgé de 53 ans, la paralysie ne portait que sur les branches du releveur et du droit interne. Hutchinson, Jaksch (Cohn) — inaug. dissert. Breslau, 1869, — citent des cas où la paralysie avait frappé seulement le releveur. La mydriase s'associait généralement à ces paralysies. Bowmann et Wiedner ont constaté la paralysie de la sixième paire ».

Du reste, ces faits n'ont pas retenu autrement l'attention des ophtalmologistes. Il semble qu'un peu de ptosis, une légère mydriase soient des symptômes trop communs au cours des affections oculaires pour avoir frappé l'observateur. Et pourtant, ce ptosis, cette mydriase ne sont-ils pas la réduction, l'expression, sous sa forme la plus simplifiée, des cas que nous allons étudier sous le nom de zona associé.

Letulle (2) publie le premier un cas de paralysie faciale accompagnant un zona gangreneux de la face. A propos de son observation, Letulle dit n'avoir pas rencontré dans la science de cas analogues. Cependant quelques-uns existaient déjà qui, du reste, étaient passés inaperçus. Broad-

(1) Traité d'ophtalmologie.

(2) Archives de physiologie normale et pathologique. II, 1882.

bent en 1876 — cité par Leroux (1) avait vu une paralysie du bras et de l'avant-bras, consécutive à un zona fort douloureux de cette région. Avant lui Hardy (2) avait publié une observation de paralysie avec amyotrophie des muscles de la cuisse à la suite d'un zona de cette région. Enfin dans la monographie si complète de Fabre (de Commentry) (3) se trouve l'histoire d'un malade qui eut un zona fort douloureux du bras et de l'avant-bras. Le zona guérit, mais laissa à sa suite des douleurs persistantes et une parésie manifeste.

La même année que Letulle, Joffroy (4) publiait deux observations de zona avec atrophie musculaire.

A la suite de ces publications, de nombreux cas ont été signalés tant en France qu'à l'étranger et, il ne s'est guère écoulé d'année qu'une ou plusieurs observations de zona associé ne fussent publiées. La paralysie faciale est celle qui attira le plus l'attention et différents mémoires ou thèses ont pris comme sujet la paralysie faciale zostérienne.

L'existence du zona étant établie, restait à expliquer la pathogénie des troubles moteurs et trophiques. La coïncidence toute fortuite était innacceptable ; elle fut du reste vite abandonnée. Letulle à propos de son observation ne songe qu'à incriminer le froid qui par son action sur le nerf sensitif produit l'herpès et par son action sur le nerf moteur produit la paralysie.

(1) Dict. encyclop. Sc. médicales, art. zona.

(2) *Gazette de Paris*, 1873.

(3) Le zona. *Annales médicales de Liège*, 1881.

(4) Arch. de physiologie normale et pathologique, 1882.

Différentes théories ont alors été soutenues, variant suivant chacun, suivant la conception que chaque auteur peut avoir de la nature même du zona.

Tant qu'on ne vit dans le zona qu'une névrite du nerf sensitif, on expliqua la paralysie par action réflexe, ou bien on invoqua l'œdème qui accompagne l'éruption, on supposa enfin que la névrite se propageait du nerf sensitif au nerf moteur, de la V^e à la VII^e paire au moyen des anastomoses qui les relient l'une à l'autre.

Lorsque Landouzy eut séparé le zoster vrai, ou fièvre zoster, d'avec les éruptions qu'il appelle zostériformes, lorsque le zona dit idiopathique fut considéré comme une maladie infectieuse spécifique, analogue à la vaccine, à la diphtérie, il était naturel de comparer les paralysies zostériennes aux paralysies infectieuses. C'était un corollaire logique de la conception du zona, maladie spécifique.

Enfin depuis quelques années, on tend de plus en plus à considérer le zona vulgaire non plus comme une maladie mais comme une *affection* reconnaissant des lésions d'ordre divers siégeant sur l'axe cérébro-spinal. C'est donc dans les centres nerveux qu'il faudrait aller chercher la cause des paralysies ou amyotrophies.

Au surplus, ce sont là des questions que nous n'avons pas à discuter en ce moment, nous y reviendrons quand nous parlerons de la pathogénie du zona associé.

— Les différents travaux parus sur cette question ne s'occupant guère que des paralysies oculaires et faciales au cours du zona de la face. Pour être moins fréquentes, les

paralysies des membres ne s'observent pas moins au cours du zona des membres.

Enfin les amyotrophies qui viennent quelquefois compliquer l'herpès zoster ne sont ni moins intéressantes, ni moins curieuses que les paralysies avec lesquelles elles ont beaucoup de rapport.

Aussi avons-nous pensé qu'il pouvait y avoir intérêt à réunir dans un même travail tous ces cas quels qu'ils fussent et à les décrire comme une forme spéciale, une modalité particulière du zona : le zona associé.

ÉTUDE CLINIQUE

Du zona associé

Dans le chapitre qui précède, nous avons dit que, depuis vingt-cinq ans, on avait publié un nombre relativement considérable de cas de zona accompagné de paralysie ou d'amyotrophie. Sans prétendre avoir épuisé toutes les ressources de la bibliographie sur ce sujet, nous sommes arrivés à réunir un total très respectable de plus de quarante observations. Il nous est donc possible de dresser un tableau clinique de ce syndrome si curieux que nous avons appelé le zona associé.

La fréquence absolue des paralysies au cours du zona, est difficile à établir. Si dans le traité d'ophtalmologie de De Wecker et Landolt nous voyons que ces auteurs trouvent des paralysies plus ou moins complètes de la troisième paire dans 7 % des cas de zona ophtalmique, il faut reconnaître d'autre part que ce chiffre ne peut s'appliquer à tous les zonas et qu'on pourra voir défiler un grand nombre de zosteres, à localisations diverses (zona cervical, zona occipital, zona des membres) sans avoir jamais l'occasion de remarquer la moindre paralysie. Il est même intéressant de remarquer que les paralysies, fréquentes dans le zona de la V^e paire deviennent une complication plutôt rare, au cours du zona du tronc, des membres.

Y a-t-il donc un facteur spécial qui explique que tel zona plutôt que tel autre s'accompagne de paralysie ? Seule l'observation de Letulle mentionne un zona devenu gangréneux de la face. Les autres observations ne mentionnent rien d'analogue. Chez le malade de Despaigne (1) le zona fut accompagné de « névralgies formidables », mais, l'exanthème était apparu chez un homme de soixante ans et l'intensité de la douleur s'explique par l'âge du malade, bien plus que par un caractère de malignité spécial du zona.

Enfin, il ne semble y avoir aucun rapport entre l'apparition d'une paralysie et l'étendue de l'éruption ; dans quelques cas, elle est même remarquablement discrète. Dans le cas de Hammerschlagg (2) elle se réduit « à quelques vésicules siégeant au niveau de l'hélix, du lobule et du tragus à droite » ; une observation de Meresse (3) parle « d'une dizaine de vésicules à la partie moyenne et interne du bras ».

Le zona qui se complique de paralysie ne paraît donc pas être particulièrement grave, si l'on prend pour facteur de la gravité de cette affection l'intensité de la douleur et des phénomènes généraux, l'abondance de l'éruption. Rappelons enfin que chez l'enfant, les paralysies sont encore moins fréquentes que chez l'adulte ou le vieillard : aucun

(1) DESPAIGNE, Thèse Paris, 1888.

(2) In thèse ACHARD, Lyon, 1900.

(3) « Du zona dans les intoxications et en particulier dans l'urémie »
Thèse Paris, 1900.

cas n'en est signalé au-dessous de dix-sept ans (cas d'Ebstein).

Quel est le siège de la paralysie ? Le plus souvent elle fait son apparition dans un territoire voisin de l'éruption. Le zona ophtalmique qui, de tous les zonas est le plus souvent compliqué de paralysie, s'accompagne ordinairement de paralysie des nerfs moteurs craniens. Parmi ceux-ci, le plus souvent atteint ou, pour être plus juste, celui dont la lésion a surtout frappé l'observateur en raison des changements qu'il apporte dans l'expression du visage et la mimique : c'est le facial. La paralysie zostérienne de la septième paire est aujourd'hui bien connue : c'est elle qui a été décrite la première, c'est elle qui sert d'exemple dans tous les mémoires qui ont pour objet le zona associé aux paralysies.

Nous en donnerons plus loin les caractères, occupons-nous ici seulement des rapports topographiques qui existent entre l'éruption et le trouble moteur.

Après le facial, le nerf qui se trouve le plus souvent atteint est l'oculomoteur commun. Un certain nombre d'exemples en sont connus et, dans sa thèse M. Champion (1) est arrivé à en réunir 14 cas. Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité si l'on songe que ces paralysies ne portent souvent que sur un seul filet nerveux et que la paralysie de la troisième paire peut ne se traduire que par un peu de dilatation pupillaire. Au reste la para-

(1) CHAMPION : « Manifestations à distance dans le zona. » Thèse, Paris, 1900.

lysie complète de la III^e paire est rare et, sur les 14 cas dont nous venons de parler, quatre fois seulement le moteur oculaire commun était pris en totalité. Trois fois la paralysie portait sur la seule branche du releveur ; deux fois les muscles ciliaires sont atteints. Dans trois cas, il y eut ptosis et dilatation pupillaire, dans un autre il y avait névrite optique et dilatation pupillaire, une fois enfin névrite optique, ptosis et dilatation pupillaire. Le strabisme externe ne s'est jamais montré seul et a toujours été accompagné de ptosis et de mydriase.

Après les paralysies de la troisième paire mais, moins fréquentes, viennent les paralysies de la sixième paire. Champion a réuni trois cas de paralysie du moteur oculaire externe au cours du zona ophtalmique.

Enfin le pathétique peut être atteint lui aussi, mais beaucoup plus rarement puisqu'on n'en connaît qu'un seul cas rapporté par Lisser au IV^e Congrès des dermatologues allemands. Chez un homme de 72 ans, apparaît un zona ophtalmique accompagné quinze jours plus tard de douleurs névralgiques très violentes. Le malade voyait double et, par un examen approfondi, on constata une paralysie du muscle grand oblique du même côté que l'éruption.

Aux membres, éruption et paralysie coïncident généralement comme à la face, une parésie du bras ou de l'avant-bras dépend le plus souvent d'un zona du bras ou de l'avant-bras, et, aux membres inférieurs, une paralysie de — la jambe — comme dans le cas de Hardy — est lié à une éruption siégeant sur le trajet du sciatique.

Enfin, il n'est pas jusqu'au zona du tronc qui ne puisse

s'accompagner de paralysie. Davidson a fait connaître l'histoire d'un homme de 52 ans atteint d'un zona de la région anale s'étendant « sur une surface grande comme la paume de la main » au niveau de la tubérosité de l'ischion, gagnant en avant la périnée et la moitié gauche du scrotum ; la moitié gauche de la fesse présentait quelques vésicules. Le malade ne put ni uriner ni aller à la selle pendant trois jours, les réservoirs étant frappés de paralysie.

A l'occasion de cette présentation, Bernhardt fait remarquer la rareté de l'éruption limitée à la distribution cutanée des nerfs collatéraux du plexus sacré, en particulier à celle du nerf honteux interne. Il insista surtout sur la paralysie concomitante de la vessie, comparable à la paralysie faciale en cas de zona de la face et aux troubles moteurs qu'on observe aux bras quand l'herpès se développe sur le domaine d'un de ses nerfs.

Nous rapporterons plus loin (obs. XXXVIII) un cas analogue. Un homme envoyé à l'Hôpital pour rétention d'urine eut un zona s'étendant à la racine de la cuisse.

Il s'en faut toutefois que l'éruption et la paralysie ne concordent toujours absolument et qu'il y ait superposition exacte de l'exanthème et de la paralysie. Chez le malade de Tryde (1), par exemple, l'éruption occupant le côté gauche du cou se complique de paralysie faciale du même côté ; dans une observation due à Lannois (2), c'est encore un zona cervico-collaris qui se complique de para-

(1) TRYDE. — Bemerkungen über facialisparalyse. *Nord. med. ark.* 2, n° 42, p. 4-52, 1870.

(2) LANNOIS. — *Lyons médical*, 1900 et thèse Achard, Lyon, 1900.

lysie de la septième paire. Quelquefois enfin la paralysie peut atteindre les deux côtés en même temps, tel le cas de Raymond (1) où une diplégie faciale suivit un zona ophtalmique unilatéral.

Enfin dans un cas que nous rapporterons plus loin (obs. XXXVI), l'éruption siégeait à la partie postérieure et externe du bras droit, atteignait à peine l'avant-bras et remontait jusqu'à l'épaule: la parésie atteignait la face et le bras du côté droit en même temps qu'on notait une sensible diminution de la force dans le bras du côté gauche.

La paralysie zostérienne peut donc être, jusqu'à un certain point et dans quelques cas seulement, considérée comme un accident à distance du zona. Ce fait avait déjà été signalé par MM. Klippel et Aynaud (2) « quand le zona se complique de paralysie faciale, l'éruption vésiculeuse peut n'intéresser la face que d'une façon accessoire ou même pas du tout.

Le mode de début est variable. La paralysie faciale, la plus commune de toutes les paralysies zostériennes, peut être précédée de douleurs très vives au niveau du point d'émergence du facial. Dieulafoy (3) a vu un zona ophtalmique le compliquer de paralysie douloureuse de la septième paire; par contre dans beaucoup d'observations, les douleurs manquèrent et c'est, par hasard, que le

(1) RAYMOND. — Cliniq. mal. syst. nerveux, Paris, 1898, p. 615.

(2) KLIPPEL et AYNAUD. — *Gaz. des Hôp.*, 20 mai 1899, p. 525-531.

(3) DIEULAFOY — In thèse Testaz, Paris, 1887.

médecin constate un peu de ptosis ou d'asymétrie faciale.

Précédée ou non de douleurs, la paralysie fait son apparition après l'éruption ; le plus généralement, le trouble moteur suit le trouble trophique à quelques jours de distance, il apparaît au moment où les vésicules rompues commencent à se recouvrir de croûtes cicatricielles. Dans l'observation devenue classique de Letulle, la paralysie apparaît le vingtième jour après le début de l'éruption ; des deux malades de Tryde (1), l'un eut sa paralysie trois jours, l'autre trois semaines après l'apparition des vésicules d'herpès. Le jeune homme de Testaz s'en aperçut six jours après la poussée des vésicules sur sa joue ; celui de Despaigne deux semaines, celui de Perrin (2) deux semaines après. Dans une observation de Meresse, c'est dix jours après la dernière poussée, correspondant à la quatrième paire sacrée que se manifesta la parésie diffuse à tout le membre inférieur droit. Enfin dans l'observation que nous rapporterons plus loin (obs. XXXVI), c'est au moment où les vésicules se desséchaient qu'apparut la paralysie faciale et brachiale.

Dans quelques cas — relativement rares il est vrai — ce n'est que beaucoup plus tard, longtemps après la guérison du zona qu'on voit survenir une paralysie ou de l'atrophie musculaire. Un malade dont parle Brissaud (3) attendit

(1) TRYDE. — Bemerkungen über facialisparalys e. *Nord Med. ark.* 2, n° 12, p. 1-52, 1870.

(2) PERRIN. — *Marseille médical*, 1890.

(3) BRISSAUD : *Cliniq. maladies du syst. nerveux*. Paris, 1899.

trois mois ; de même dans le cas de Joffroy (1) l'atrophie de l'adducteur du pouce, des interosseux et de l'éminence hypothénar n'apparut que trois mois après la cicatrisation du zona.

Dans d'autres cas, zona et paralysie apparaissent en même temps ; à ce propos on connaît l'observation d'Eicchorst.

Observation I

Une jeune femme sans antécédents est le 12 décembre exposée, au théâtre, à un courant d'air froid (du côté gauche). Le lendemain, sensations douloureuses du côté droit de la face et à la nuque ; deux jours après, paralysie faciale droite totale ; quatre jours après herpès à la moitié externe de la face inférieure du pavillon, voûte palatine, luette (à droite). L'herpès guérit en une semaine. La paralysie fut grave avec réaction de dégénérescence et augmentation de l'excitabilité mécanique des muscles paralysés et contraction musculaire paresseuse.

Enfin, d'autres observations mentionnent l'apparition de la paralysie avant que ne se produise l'éruption. Tels sont les cas de Wieduer, Tryde, Remak.

Observation II

(WIEDUER, 1870)

Un soldat de vingt ans eut trois semaines après une infection de la gorge (abcès) ? une paralysie des extrémités supérieure et inférieure et, à quelque temps de cela de la sensibilité du côté

(1) JOFFROY : Arch. physiologie normale et path., 1882, t. IX.

de la colonne vertébrale depuis la II^e jusqu'à la VII^e apophyse épineuse thoracique. Au bout de quelques jours apparaissait un zona sur le trajet du IX^e nerf intercostal. Dans ce cas, ajoute l'auteur, il semble s'agir d'une myélite diffuse.

Observation III

FABRE (de Commentry) le zona. *Ann. med. Liège*, 1881

Il s'agit d'une paralysie du deltoïde chez un porteur de la halle, cet homme éprouva une grande douleur à l'épaule en déchargeant un lourd fardeau. Après douze jours d'insomnie, il entre à l'hôpital où on constate l'importance du deltoïde. Traitement: bains, douche de vapeur, électrisation. Deux mois après la paralysie persistait encore; de nouvelles douleurs se produisirent et l'on aperçut, recouvrant la région deltoïdienne des groupes de vésicules caractéristiques. La fièvre s'alluma et se compliqua d'herpès labial abondant.

Observation IV

TRYDE. Rapportée par Strübing. Résumée

Paralysie faciale droite accompagnée d'exagération de la sensibilité auditive sans altération du goût. Réaction de dégénérescence des muscles supérieurs de la face. Après persistance de la paralysie pendant trois mois, il se produisit sur le front un herpès zoster avec sensation de brûlure s'étendant sous forme de rayons le long des nerfs frontaux. Il persista deux mois. Guérison incomplète de la paralysie faciale malgré l'emploi de courants continus.

Observation V

REMAK. 1885. *Centralb. f. nervenheil med. psychiatr.*

Un malade de 26 ans, après huit jours de douleurs au niveau

de l'oreille eut une paralysie faciale droite. Trois jours après apparaissent des vésicules douloureuses sur le bord de la langue. Au bout de un mois et demi la paralysie faciale diminuait ; la réaction de dégénérescence persistait.

Observation VI

RENDU. Soc. méd. hôp. 1898. (A la suite d'une communication de M. JACQUET).

« J'ai observé, il y a dix ans, un cas de ce genre. Un de mes clients, homme d'une soixantaine d'années, s'expose à un courant d'air froid et contracte une hémiplegie faciale gauche absolument classique, semblant intéresser exclusivement le nerf facial et primitivement indolent.

Quelques jours après tout le territoire du nerf paralysé devint douloureux et la sensibilité s'étend à la tempe, au front, à la région maxillaire et buccale. Un zona ophtalmique se développe sur le territoire hyperesthésié et la névralgie du trijumeau semble se superposer à la paralysie faciale ».

Faut-il n'admettre aucun rapport entre ces observations et celles où le trouble trophique précéda la paralysie ? faut-il dans ces cas ne voir « qu'une complication accidentelle, toute passagère et sans portée au point de vue pathogénique » ainsi que l'écrivent MM. Klippel et Aynaud ? Nous ne le croyons pas. Certes ces faits s'accordent mal avec la conception du zona, maladie infectieuse spécifique, car on voit mal une maladie spécifique, la diphtérie par exemple, occasionnant une paralysie du voile du palais avant toute manifestation du côté des muqueuses, mais, par contre, ils s'expliquent parfaitement ainsi que nous le verrons plus

loin, si l'on admet une lésion centrale intéressant à la fois les origines de plusieurs nerfs.

Une paralysie est survenue pendant l'évolution d'un zona, quelle forme, quel type va-t-elle revêtir ? Quelle sera sa durée, son évolution ? Les paralysies de la III^e ou de la VII^e paire d'une observation beaucoup plus commune et par suite mieux connues que les paralysies des membres vont nous permettre de répondre à cette question.

Il est à remarquer, tout d'abord, que, le plus souvent, on a affaire à une paralysie incomplète, c'est-à-dire que seules quelques fibres du tronc nerveux sont atteintes. Rien n'est plus fréquent que d'observer au cours du zona ophtalmique un peu de dilatation pupillaire du côté atteint si bien que Hutchinson disait toujours avoir trouvé dans le zona ophtalmique, quand l'œil était atteint de la mydriase avec paralysie irienne. Dans d'autres cas c'est un peu de ptosis, en rapport avec une paralysie du releveur branche de la troisième paire. Les cas dans lesquels le moteur oculaire commun est atteint dans sa totalité sont relativement rares et, Champion n'a pu réunir que quatre cas de paralysie complète sur quatorze cas dans lesquels la III^e paire était touchée au cours du zona ophtalmique.

La face est aussi très inégalement atteinte. Souvent, les seuls muscles superficiels innervés par le facial sont atteints à l'exclusion de ceux qui innervent les collatérales profondes. Cependant chez le malade d'Eulenburg la langue était nettement déviée, dans l'observation de Testaz on notait de la déviation de la lèvre, des troubles de l'audi-

tion sont signalés par Testaz, Klippel et Aynaud, Lannois et Champion ; enfin la diminution du goût est mentionnée dans les observations de Strübing, Testaz, Darabseth, Grassmann, Raymond... au cours de la paralysie faciale zostérienne.

Dans tous les cas, l'orbiculaire des paupières était atteint réalisant ainsi le type de la paralysie faciale périphérique. Mais ce nom de périphérique ne doit faire en rien présager de la nature des paralysies associées au zona. La dénomination de paralysie faciale périphérique s'applique en effet aux paralysies portant sur le trajet intra et extra temporal du facial, mais également sur le trajet bubo protubérantiel (paralysies sub nucléaires) et même sur les origines de la VII^e paire (paralysies nucléaires). Comme le dit Raymond « Elle s'applique à toute paralysie faciale dont le substratum siège en un point quelconque de ce qu'on est convenu d'appeler aujourd'hui le neurone moteur inférieur de la VII^e paire. (1) »

Pour compléter la ressemblance, disons que l'étude des réactions électriques mentionnée dans quelques observations signale de la réaction de dégénérescence.

Lorsque la paralysie siège à l'un des membres supérieur ou inférieur ces mêmes caractères se retrouvent ; on peut observer la même limitation à un territoire nerveux. Cependant, le plus souvent, la paralysie — ou à parler juste — la parésie, car il s'agit presque toujours de paralysie incomplète, peut atteindre tous les muscles d'un

(1) RAYMOND clin. mal. syst. nerveux, Paris, 1898.

membre comme chez les malades des Fournier, de Fabre, de Meresse ; ou bien atteindre à la fois deux territoires nerveux en apparence fort distincts comme dans le cas que nous rapportons plus loin (obs. XXXVI) où la paralysie atteignait le bras du même côté que l'éruption, le facial, enfin le bras du côté opposé.

C'est même un fait digne de remarque que ces paralysies qui, à la face, n'affectent qu'un territoire nerveux souvent fort limité frappent au contraire le membre en sa totalité.

Un peu de gonflement peut accompagner ces paralysies ; à la face l'œdème accompagnant le ptosis est noté dans la plupart des observations, mais on peut le rapporter au moins autant à l'éruption qu'à la paralysie elle-même. Chez la malade de Fabre, il est dit que « l'infiltration du bras et de l'avant-bras » persistait dans le membre paralysé longtemps après la guérison complète du zona. Ce sont là du reste des troubles trophiques qui n'ont rien de spécial ; ils se rencontrent trop souvent au cours des paralysies quelles qu'elles soient, pour que nous ayons à y insister.

L'évolution de la paralysie associée au zona, est variable. Cependant on peut dire que, dans la majorité des cas, la terminaison est heureuse, quelquefois même, la paralysie faciale a été véritablement transitoire et a disparu avec une rapidité surprenante (dix jours chez le malade de MM. Klippel et Aynaud ; quelques jours chez le malade de Truffi (1).

(1) TRUFFI : *Giornale ital. delle. mal. veu. e della pelle*. Milano, 1898, p. 610-614.

Les cas traités disparaissent, ordinairement, en quelques semaines, au plus deux ou trois mois. Nous disons ordinairement car il faut se garder d'être trop optimiste et d'annoncer prématurément une guérison rapide.

En 1891, dans la discussion qui suivit la communication de M. Barthélemy à la Société de dermatologie, M. Besnier rappelle qu'il avait constaté la coïncidence du zona avec des paralysies ; l'un de ses élèves notamment, soigné par lui pour un zona ophtalmique eut une paralysie incurable de la VII^e paire.

Enfin on peut observer la terminaison par contracture ; c'est une terminaison rare, à la vérité, puisqu'il n'en est signalé qu'un seul cas rapporté dans la thèse de Despaigne, Voici cette observation :

Observation VII

DESPAIGNE, th. Paris, 1888

Une névropathe de 60 ans, atteinte depuis sa jeunesse d'asthme et de différentes manifestations eczémateuses, fut atteinte, au moment de la ménopause de crises asthmatiques subintrantes pendant lesquelles une anorexie profonde la plongeait dans un état d'inanition progressive si grave qu'au bout de quelques semaines la mort semblait imminente.

Un matin, une crise douloureuse éclate avec névralgies formidables irradiant dans toute l'étendue du plexus cervical droit. Quarante-huit heures après éruption de zona généralisée à toute la moitié droite du cou et de la nuque et à l'épaule droite éruption en quelque sorte critique, car l'asthme disparaît et la malade revient à la vie. Après une quinzaine de jours, paralysie

faciale droite atteignant aussi le voile du palais et se terminant par rétraction progressive des muscles de la face. Le malade était de souche neuro-arthritique. »

Zona et Hémiplégie

Il nous faut ouvrir une parenthèse pour parler du zona accompagnant l'hémiplégie. Existe-t-il un zona de cause cérébrale ? Weiss semble l'admettre. Il se base, pour justifier son opinion, sur un cas d'éruption pustuleuse avec douleurs névralgiques chez un homme atteint d'une affection cérébrale complexe. Charcot, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux (1) l'admet aussi mais avec beaucoup de réserves ; il cite l'histoire rapportée par Duncan d'une vieille femme atteinte d'hémiplégie qui eut un zona du côté paralysé, exactement contemporain de la paralysie motrice. Il rapporte aussi le cas de Payne relatif à un enfant frappé d'hémiplégie qui eut trois jours après une éruption zostérienne homologue. L'éruption répondait au trajet des branches superficielles du nerf crural. L'observation personnelle de Charcot est moins probante, car, une embolie des artères spéciales au niveau de la queue de cheval (embolie consécutive à une endocardite ulcéreuse) pouvait expliquer l'apparition d'un zona du côté paralysé.

Enfin Brissaud (2) rapporte trois cas fort curieux du zona avec hémiplégie croisée. Dans le premier, un homme de cinquante-quatre ans, migraineux, est atteint de zona

(1) 1872, Paris.

(2) LECOUS, mal. syst. nerveux, Paris, 1899.

ophtalmique gauche constitué par deux groupes d'efflorescences : l'un au niveau du front, l'autre au niveau de l'angle interne de l'œil. Trois mois après, cet homme est atteint d'un ictus vertigineux et l'on constate une paralysie de tous les rameaux de la III^e paire, compliquée de dysarthrie et de salivation abondante (du côté droit).

Son second malade, âgé de quarante-quatre ans, arthritique et migraineux eut un zona ophtalmique gauche. Une semaine après la guérison, cet homme est frappé d'apoplexie, on reconnaît alors une hémiplégie droite avec aphasie.

Enfin le troisième cas est relatif à un homme de cinquante-six ans, qui eut, il y a six ans, un zona ophtalmique gauche très violent et qui dure un mois. Après la guérison du zona il reste sujet à des accès migraineux avec scotome scintillant. Depuis quelque temps, les névralgies se sont compliquées de ptosis du côté gauche en même temps que le côté droit du corps perdait son aisance. La paralysie motrice s'améliora assez vite. Il persiste de l'atrophie de la langue qui est déviée du côté droit. Le réflexe patellaire est exagéré du côté droit.

Les faits de ce genre ne sont pas si communs que Charcot voulait bien le dire et même, le nombre d'observations qu'on connaît en est fort limité. Arnozan, dans sa thèse d'agrégation (1) les considère comme de simples coïncidences.

(1) « Des lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux ».

Parler de simple coïncidence est inexact ; les faits que nous venons de citer se ressemblent trop pour qu'il ne s'agisse là que de deux phénomènes, évoluant ensemble, chacun pour leur propre compte. Entre le zona et l'hémiplégie qui l'accompagne existe certainement une relation de cause à effet.

Ces faits ne sont pas dénués d'intérêt. Ils nous montrent tout d'abord qu'il existe un zona de cause centrale ; ils nous prouvent ensuite qu'une lésion centrale qui a produit l'hémiplégie est susceptible de déterminer l'apparition d'un zona et réciproquement ; en un mot qu'une altération organique des centres est capable de produire le syndrome zona associé.

Qu'au lieu de la lésion grossière produite par une hémorragie, une tumeur, il existe un foyer de dégénérescence extrêmement restreint, par exemple un petit foyer de ramollissement consécutif à l'athérome des fines artérioles qui irriguent les centres nerveux, ou bien une lésion infectueuse relativement légère ; supposons ce foyer situé au niveau du noyau d'origine de la V^e paire, le dépassant légèrement de manière à envahir le noyau de la VII^e paire qui lui est contigu, l'association zona ophtalmique et paralysie faciale se trouvera réalisé.

Nous reviendrons sur ces faits en parlant de la pathogénie du zona associé et nous verrons qu'ils nous permettent d'expliquer, d'une façon logique, l'apparition de paralysies au cours du zona.

Des amyotrophies associées au zona

Nous n'avons pas à nous étendre fort longtemps sur les amyotrophies associées au zona. Dans la plupart des cas, en effet, il s'agit de paralysies amyotrophiques représentant une simple modification du zona associé aux paralysies. Décrire tout au long ces atrophies musculaires, serait nous exposer à de nombreuses redites, aussi, allons-nous, après en avoir cité quelques observations résumer leur histoire aussi brièvement que possible.

Les amyotrophies ne sont point très fréquentes au cours du zona, elles se rencontrent bien plus rarement que les paralysies et le nombre de cas que nous avons pu en réunir se trouve fort restreint.

En 1882, Joffroy publiait, le premier en France, deux cas de zona et d'atrophie musculaire du membre supérieur. Voici ces observations :

Observation VIII

JOFFROY. *Arch. de physiologie*, 1882. T. IX

« J'ai observé, il y a trois ans, un cas d'atrophie musculaire limitée à l'adducteur du pouce droit, aux interosseux, à l'éminence hypothénar (autant, du moins, que permet de l'affirmer l'examen de la contractilité galvanique et faradique), chez un homme de soixante-trois ans qui présentait trois mois auparavant une éruption de zona très exactement limitée à l'épaule du même côté. Le malade me fut adressé par M. Charcot.

Ce zona avait donné lieu à des douleurs très vives ayant persisté quelque temps après l'éruption, mais complètement

disparues lorsque le malade constata l'atrophie des muscles de la main. Du reste, l'altération musculaire s'est développée sans douleurs et ne s'est révélée au malade que par l'impotence fonctionnelle.

Au moment de l'examen, on constatait les modifications suivantes de la contractilité. L'affaiblissement de la contractilité volontaire était très marquée, rendant presque impossible les mouvements d'adduction du pouce et limitant ceux du petit doigt, principalement dans les mouvements d'opposition avec le pouce.

La contractilité faradique était presque éteinte, tandis qu'au contraire la galvanique présentait une exagération manifeste. Après trois mois de traitement par la galvanisation localisée, le malade avait retrouvé tous les mouvements du pouce et du petit doigt et pouvait être regardé comme guéri. Depuis ce temps la guérison ne s'est pas démentie. »

Observation IX

JOFFROY (*ibid.*)

« Il y a deux ans, mon ami le Dr Legroux me mit à même d'observer un nouveau cas dans lequel on vit encore les deux affections, atrophie musculaire et zona se développer successivement chez le même sujet et sur les rameaux du même plexus. Seulement, ici, c'est l'atrophie qui s'est développée en premier lieu sur le deltoïde et ce n'est qu'au moment de la guérison qu'une éruption de zona est apparue à la face postérieure de l'avant-bras.

Il s'agit dans ce cas d'un homme d'une quarantaine d'années, habituellement bien portant. Sans cause manifeste, il est pris

dans le deltoïde gauche d'une douleur qui, tout d'abord, n'attira l'attention ni du malade ni du médecin.

Mais bientôt les douleurs augmentèrent et se montrèrent par accès si violentes qu'elles arrachaient même des cris au malade... Dans les premiers temps on aurait pu attribuer l'impotence fonctionnelle à la douleur, mais lorsque après plusieurs semaines, elle fut apaisée, le doute ne fut plus permis: il existait une impuissance très marquée du deltoïde due à une atrophie musculaire... Il s'agissait évidemment d'une névrite du circonflexe. Le diagnostic se trouvait confirmé par les modifications considérables et des plus nettes que présentait la réaction électrique du muscle deltoïde.

Sous l'influence d'un traitement galvanique prolongé, une amélioration lente et progressive se manifesta et, après sept mois le malade pouvait être considéré comme guéri. Il existait cependant une différence entre le côté sain et le côté malade et il se développait une légère douleur dans la région scapulaire lorsque le malade soulevait un objet un peu lourd.

C'est dans ces conditions qu'il fut envoyé aux eaux de Luxeuil et la guérison semblait de plus en plus définitive quand survint, accompagnée de douleurs très vives, une éruption de zona sur la région postérieure et inférieure de l'avant-bras du même côté. Les vésicules se desséchèrent, formèrent des croûtes lesquelles disparurent en laissant après elles des cicatrices pigmentées. »

Avant ces deux observations nous relevons celle plus ancienne, rapportée par Handfield Jones en 1876 et dont voici le résumé :

Observation X

HANDFIELD JONES. *Med. times and Gazette*, 1876

Ce cas est relatif à un homme de soixante-sept ans qui, à la suite d'un zoster fort douloureux de l'épaule et de l'avant-bras eut une paralysie avec atrophie du grand pectoral et des muscles du bras. Les triceps, biceps fléchisseurs et extenseurs de l'avant-bras n'étaient plus extensibles par la faradisation.

Enfin plus récemment nous trouvons les observations dues à Fournier et Hardy.

Observation XI

FOURNIER. Dictionn. encyclop. sc. médic.

Il a eu l'occasion de voir, à la suite d'une éruption de zona étendue de l'épaule au pouce et très confluyente une parésie totale du membre suivie elle-même d'atrophie musculaire débutant par la main.

Observation XII

HARDY. Dic. méd. et chir. pratiq. T. XXXIX, p. 699

« Je dois mentionner encore une terminaison rare du zona, la paralysie dont j'ai observé deux cas.

Dans l'un il s'agissait du zona intense de l'extrémité inférieure droite suivant le trajet du nerf sciatique et qui fut suivi d'une paralysie des muscles innervés par ce nerf avec atrophie musculaire du membre.

Cette paralysie amyotrophique, analogue à la paralysie infantile quoi qu'elle eut lieu chez un adulte bien portant antérieurement fut de longue durée et ne s'améliora que très lentement ;

après le retour de la force musculaire il restait encore de l'atrophie du membre».

L'autre cas concerne un zona suivi de paralysie ascendante terminé par la mort.

D'après les exemples que nous venons de rapporter on voit que les atrophies musculaires, qu'on observe au cours du zona, peuvent être primitives ou bien secondaires à une paralysie, ce sont alors des paralysies amyotrophiques comparables ainsi que le disait Hardy aux atrophies musculaires de la paralysie spinale atrophique de l'enfance. Il nous semble donc inutile d'énumérer longuement leurs caractères, ce serait nous exposer à répéter ce que nous avons dit des paralysies zostériennes.

Rappelons cependant que les atrophies apparaissent aux membres et qu'aucun cas n'en a été, à notre connaissance, signalé à la face ; elles sont généralement diffuses et apparaissent lentement sur tous les muscles paralysés. Cependant, dans les deux cas de Joffroy, le trouble trophique n'atteignait qu'un mince territoire parfaitement localisé. Enfin elles peuvent précéder l'éruption vésiculeuse, mais c'est généralement après que l'on constate. Parfois, de vives douleurs ont accompagné l'apparition d'une paralysie avec amyotrophie.

Il est un point sur lequel il est important d'attirer l'attention : c'est la lenteur avec laquelle guérit l'amyotrophie. Alors que souvent la paralysie associée au zona guérit en quelques semaines, quelquefois en peu de jours, la guérison de l'atrophie est toujours fort longue et peut se faire attendre

des mois. Alors même que la paralysie a disparu et que les mouvements ont fait leur réapparition il persiste pendant longtemps un amaigrissement des parties atteintes, facile à constater.

La pathogénie des amyotrophies associées au zona n'offre rien de bien particulier et se confond avec celle des paralysies que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

Quand au traitement, c'est aussi celui des paralysies. L'emploi de courants continus, prolongé pendant longtemps, le massage et l'hydrothérapie en formeront la base.

PATHOGÉNIE

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour admettre que le zona puisse s'accompagner de paralysies ou d'amyotrophies, tous les traités classiques signalent ce fait à titre de complication. Mais, l'accord cesse au moment où il faut trouver une explication de ces accidents.

Et, comment en serait-il autrement quand on voit qu'à l'époque actuelle, différentes théories sont soutenues relativement à la nature même du zona. Suivant la conception qu'un auteur aura de la nature du zoster, il devra trouver une explication, susceptible de rendre compte de l'apparition des troubles moteurs et s'accordant avec sa théorie.

Le mieux est d'exposer les différentes opinions qui aient été soutenues, et de discuter les arguments sur lesquels elles sont étayées, sans partir de ce principe que le zona est une affection centrale ou une maladie infectieuse spécifique ou encore une simple névrite périphérique.

Au surplus toutes les hypothèses ne méritent pas également qu'on s'y arrête ; actuellement, deux théories principalement sont défendues : l'une admet l'origine centrale des paralysies et amyotrophies, l'autre assimile ces accidents aux paralysies infectieuses des maladies spécifiques. Nous discuterons plus longuement chacune de ces deux théories après avoir exposé les autres aussi brièvement que possible.

Remarquons d'abord qu'il ne saurait s'agir ici d'une

simple coïncidence. Si l'on a pu quelquefois reprocher aux pathologistes d'abuser de la formule « *post hoc ergo propter hoc* », il faut reconnaître que ce reproche ne saurait être adressé ici. La fréquence des accidents paralytiques ou parétiques (nous avons signalé combien il était fréquent d'observer des troubles oculaires au cours du zona ophtalmique) : la ressemblance qu'affectent la plupart des observations dont beaucoup sont pour ainsi dire calquées l'une sur l'autre, tout éveille logiquement l'idée de relation de cause à effet.

I^o THÉORIE RÉFLEXE

Ce fut la première à être exposée et soutenue. Letulle s'en fit le défenseur lorsqu'il communiqua, en 1882, son premier cas de zona ophtalmique gangréneux compliqué de paralysie faciale.

Au premier abord, elle peut paraître acceptable. La pathologie nous apprend, en effet, que l'irritation d'un nerf sensitif, que l'inflammation d'un organe peut être la cause de paralysies ou d'amyotrophies siégeant dans le voisinage. La loi de Stokes qui dit que lorsqu'une séreuse se trouve enflammée réagit sur le muscle sous-jacent et le paralyse, explique par action réflexe la paralysie intestinale au cours de la péritonite aiguë. Dans le rhumatisme chronique déformant l'amyotrophie, souvent considérable, qu'on remarque autour des articulations atteintes, est expliquée par un mécanisme analogue. Il est donc hors de doute qu'une affection inflammatoire ou douloureuse puisse produire des troubles moteurs ou trophiques

réflexes. Mais cette action est-elle bien applicable au zona?

Comment expliquer par la théorie réflexe l'apparition quelquefois tardive de la paralysie? Nous avons vu que dans quelques observations la paralysie apparut plusieurs jours et même plusieurs semaines après l'apparition de l'exanthème, alors même que l'éruption était presque complètement cicatrisée et la douleur disparue. L'action réflexe expliquerait bien mieux les cas où la paralysie apparut en même temps que le zona ou quelques heures après lui.

Admettons un instant qu'un réflexe explique une paralysie vésicale au cours d'un zona lombo-abdominal ou une paralysie irienne au cours d'un zona ophthalmique, il est beaucoup plus difficile d'admettre qu'il produise une paralysie bilatérale ou une paralysie siégeant relativement loin de l'éruption, qu'un zona de l'épaule puisse s'accompagner (obs. XXXVI) de paralysie du deltoïde et du facial du même côté et d'un peu de parésie du bras de l'autre côté.

Enfin l'évolution d'une paralysie réflexe est-elle bien celle d'une paralysie zostérienne? Pour quelle raison l'effet se maintiendrait-il si longtemps après la disparition de la cause; comment admettre que l'éruption étant cicatrisée, les douleurs ayant cessé, la paralysie persiste si longtemps dans quelques cas? Comment admettre que la paralysie — si elle est réflexe — soit suivie de contracture définitive? Pourquoi, s'il n'existe pas d'altération organique, s'il s'agit de troubles purement dynamiques, trouve-t-on

(comme le fait est signalé dans de nombreuses observations) de la réaction de dégénérescence ?

Ce sont autant de questions auxquelles la théorie réflexe est incapable de répondre ; il nous faut donc aller chercher ailleurs dans quelque lésion matérielle des centres ou de la périphérie la cause des paralysies ou amyotrophies associées au zona.

II^e THÉORIE DE L'ŒDÈME

Cette théorie ne doit pas nous arrêter bien longtemps, la plupart de ses défenseurs l'ayant, eux-mêmes, abandonnée. Voici, au surplus, l'exposé de cette théorie et la façon dont elle explique la paralysie. Le zoster s'accompagne souvent d'œdème au voisinage de l'éruption, parfois même un œdème rouge, dur, peut envahir la moitié de la face et faire penser à un érysipèle. En admettant que l'infiltration séreuse vienne à envahir la gaine du facial, celui-ci comprimé dégénère et, l'on a au complet le tableau de la paralysie faciale périphérique, telle qu'elle se trouve réalisée par exemple, lorsqu'une carie du rocher vient à comprimer le nerf facial dans son trajet osseux. C'est en somme appliquée au zona, la théorie de l'atrophie du nerf optique au cours des tumeurs cérébrales.

Pour qu'une semblable explication fut valable, il faudrait admettre que l'œdème fut constant au cours du zona. Or, il n'en est rien et dans nombre d'observations à éruption relativement discrète, l'œdème n'est pas constaté. D'autre part, cette théorie ne rend pas compte des paralysies à distance ; elle n'explique pas l'apparition d'une paralysie

faciale au cours d'un zona de l'épaule, l'œdème bien que prononcé n'atteignant ordinairement pas la face.

Enfin, en admettant qu'elle soit vraisemblable, la théorie de l'œdème ne serait guère applicable qu'aux nerfs craniens, lorsqu'on voit se produire sur un même territoire restreint : l'éruption, l'œdème, la paralysie. On pourrait admettre à la rigueur que l'œdème puisse se propager jusqu'aux orifices de sortie de la base du crâne. Mais quand il s'agit de zona du tronc, des membres, cette explication devient tout à fait insuffisante.

III^e. — THÉORIE DE LA PROPAGATION PÉRIPHÉRIQUE

Daguenet (1) est le premier qui ait émis l'hypothèse de névrite par propagation de nerf à nerf. Sulzer, dans sa thèse (2), s'en fait le défenseur ; mais il a surtout en vue l'association du zona occipito collaris à la paralysie faciale quand il dit : « la grande fréquence relative de la paralysie faciale dans le zona occipito collaris, semble parler en faveur d'une extension le long des branches nerveuses ». Dans ces cas la propagation s'effectuerait au moyen de l'anse anastomotique qui relie le nerf facial à la branche auriculaire du plexus cervical. De même le nerf de Tiedmann pourrait propager à la papille une névrite des nerfs ciliaires et expliquerait l'atrophie de la papille au cours du zona ophtalmique.

On peut à l'exemple de MM. Klippel et Aynaud soulever contre cette théorie bien des objections.

(1) Cité par CHAMPION, Thèse Paris, 1900.

(2) SULZER. Le zona ophtalmique, Paris, 1898.

D'abord des paralysies peuvent survenir dans des régions qui ne possèdent pas d'anastomoses connues entre le nerf sensitif et le nerf moteur. Ensuite elle n'explique pas l'apparition précoce des paralysies au cours du zona, le cas d'Eicchorst par exemple, encore moins les cas où la paralysie précède le zona.

L'étendue de quelques paralysies — aux membres particulièrement — s'explique mal si l'on admet la propagation périphérique ; comment admettre qu'un zona de l'épaule soit suivi d'une « parésie diffuse de tout le bras » ? Enfin cette théorie ne rend pas compte des cas dans lesquels la paralysie est bilatérale comme chez le malade de Raymond, comme dans le cas que nous rapportons plus loin (obs. XXXVI), comme dans le cas de Daguinet comparable en fait aux précédentes où une névrite optique double suivit un zona unilatéral.

IV. — THÉORIE INFECTIEUSE

Landouzy avait eu des précurseurs : Boissieri comparait le zona aux fièvres éruptives ; Bateman faisait de même. Trousseau (1) avait vu de curieuses coïncidences dans une même famille ou dans une même agglomération. Erb (2) se demande si « beaucoup de cas de zoster spontané ne doivent pas être rapportés à une espèce particulière d'infection ». Mais c'est dans ses leçons de la Charité que Landouzy (3)

(1) Cliniques.

(2) ERB, 1882, Neurol. Centralblatt.

(3) LANDOUZY, *Semaine Médicale*, 1883. (Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes).

exposa clairement le premier la théorie du zona, maladie infectieuse spécifique : la fièvre zoster.

L'assimilation rigoureuse du zona aux fièvres éruptives devait amener naturellement ce corollaire : l'assimilation des paralysies zostériennes aux paralysies infectieuses de la diphtérie, de la variole. Le zona devient une maladie infectieuse à manifestation nerveuse et les paralysies proviennent de l'action d'une toxine spéciale sur les nerfs périphériques ou leurs centres.

C'est là une théorie actuellement en faveur et soutenue dans nombre de publications récentes ayant trait au zona associé. C'est même, il faut l'avouer, une théorie fort tentante qui rend bien compte des paralysies, dites à distances, du zona.

Cependant on est frappé de quelques différences qui existent entre les paralysies zostériennes et celles qu'on peut voir tous les jours dans la diphtérie ou plus rarement dans la rougeole ou la scarlatine. D'abord, nulle relation entre l'apparition d'une paralysie ou d'une atrophie musculaire et la gravité du zona (si l'on comprend par gravité l'intensité de la douleur, l'abondance de l'éruption, l'intensité des phénomènes généraux). Dans la plupart des cas il s'agit de zonas d'intensité moyenne et dans quelques autres cas, l'éruption consistera en quelques vésicules douloureuses avec peu ou pas de symptômes généraux.

Est-ce là ce qu'on a l'habitude de voir dans les maladies infectieuses ? Les paralysies diphtériques ne sont-elles point l'apanage des diphtéries toxiques graves ? De même dans la rougeole, la scarlatine, lorsque survient quelque para-

lysie (le fait est rare du reste) c'est qu'on a eu affaire à une infection grave, ayant profondément touché l'organisme.

N'est-il pas étrange si l'on admet la nature infectieuse des paralysies zostériennes de voir celles-ci survenir quelquefois fort longtemps après la guérison du zona ? Il faut admettre alors une vitalité singulièrement longue du germe pathogène pour expliquer l'apparition véritablement tardive de certaines paralysies ou amyotrophies (obs. I de Joffroy). Quant aux cas dans lesquels la paralysie apparut la première et fut suivie à quelques jours de l'éruption, c'est très simple, on a eu affaire dans ces cas à une éruption zostéroïde, sans importance aucune, et non à un zoster vrai.

Mais plutôt que de discuter à l'infini sur les analogies ou différences qui présentent entre elles les paralysies infectieuses vraies et les paralysies zostériennes, rappelons plutôt que cette théorie repose sur une base, savoir que le zona est une maladie infectieuse spécifique. Donc, avant de savoir si la nature infectieuse des paralysies associées est vraisemblable, voyons plutôt si la nature infectieuse du zona est prouvée.

Landouzy dans ses leçons et ses élèves ont développé les arguments qu'ils jugeaient propres à étayer la thèse qu'ils soutenaient. Le zona vulgaire, ou plutôt, la fièvre zoster, comme ils l'appellent, posséderait tous les caractères des maladies générales infectieuses. Ces caractères sont nombreux, les voici dans l'ordre où ils les donnent.

1° *L'évolution.* — L'évolution du zona rappelle-t-elle l'évo-

lution d'une maladie infectieuse? Sans doute, le début accompagné de courbature, de fièvre, indique « la prise de possession de l'organisme » par le germe infectieux; l'évolution, la réparation de la vésicule n'est-elle pas comparable à l'évolution de la pustule vaccinale par exemple.

Cependant, la fièvre à laquelle Landouzy attache une si grosse valeur puisqu'il la compare à la fièvre des oreillons, de la vaccine, de la coqueluche a-t-elle bien toute l'importance qu'il veut bien lui accorder; offre-t-elle la constance qu'elle présente dans toutes les maladies dont il parle lui-même? Nous savons bien que non et si quelques zonas ont un début fébrile bien net, beaucoup ne sont annoncés d'aucune élévation de température, d'aucun trouble de la santé générale.

Et quelle conclusion faut-il en tirer? faut-il conclure au démembrement de l'ancien zona en zoster vrai ou fièvre zoster (fièvre éruptive ou en éruptions zostéroïdes entièrement différentes du précédent)? Nous ne le croyons pas et il nous semble à la fois plus vraisemblable et plus logique d'admettre qu'il en est du zona comme du purpura, qu'il en est de toxiques, d'infectieux, de névropathiques..., que plusieurs causes peuvent engendrer un zona, que le zona n'est pas une maladie, mais une affection, qu'il n'y a pas un zona, mais des zonas.

Au surplus, le zona produit par une lésion traumatique d'un nerf (c'est le cas où jamais de l'appeler zostéroïde) peut s'accompagner de fièvre. Les chirurgiens nous renseignent sur ce point. « Il — l'herpès consécutif à une lésion

nerveuse — débute par des manifestations fébriles puis apparaît soit par groupes, soit par séries linéaires régulièrement disposées (1) ». Si le mode de début est variable, l'évolution l'est souvent aussi. Il est des éruptions cycliques, mais il en est d'autres dont l'évolution est tout à fait atypique, durée variable, poussées successives de vésicules; il apparaît donc que le zona est une affection essentiellement protéiforme, ne rappelant que d'assez loin les fièvres éruptives.

2° *Unicité*. — C'est le second caractère donné par Landouzy de la spécificité du zona. Le zona ne récidiverait pas. C'est l'opinion déjà soutenue par Hardy, Kaposi, Besnier — ce dernier avec quelques réserves. — Si ce caractère était reconnu exact, c'est certain qu'il y aurait là une singulière ressemblance avec l'immunité conférée par les maladies infectieuses : fièvre typhoïde, rougeole, etc. « Est-ce que les oreillons, dit Landouzy, la coqueluche en dépit de leur symptomatologie circonscrite ne sont pas des maladies générales au même titre que la vaccine, que la variole, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde qui toutes aussi se montrent sur le même individu une seule et unique fois ? » Mais, est-il bien vrai que le zona ne récidive jamais ? La pathologie nous donne des exemples de récurrence qui, bien que relativement rares, n'en sont pas moins probants : ce médecin dont parle Besnier en était à sa sixième attaque de zona intercostal ; Kaposi a vu l'éruption se répéter jusqu'à onze fois sur le même sujet, Behrend cons-

(1) SCHWARTZ. Traité de chirurgie. T. IV.

late en quatre ans, trois zonas du trijumeau sur la même personne. Le malade d'Elliot eut quatre récurrences dans la même année (trois fois au cou, une fois à la verge). De semblables exemples se rencontrent encore plus souvent que ne le disent les partisans du zona maladie ; M. Grindon (cité par Brissaud), a pu réunir soixante et un cas de récurrence, à distance ou sur place.

Il faut de plus ajouter que le zona n'est pas une affection excessivement fréquente et que des années peuvent s'écouler sans que le médecin ait l'occasion d'en observer un seul cas. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que les observations de récurrence ne remplissent pas les publications médicales,

Il ne faut donc pas dire que le zona ne récidive jamais, preuve de sa spécificité ; si au contraire il récidive et s'il récidive, c'est que ce n'est pas une maladie infectieuse une dans sa nature.

3^e *Epidémicité*. — Depuis l'observation de Trousseau, l'attention ayant été attirée sur ce fait, tous les médecins ont été à même de constater l'allure véritablement épidémique que prend parfois le zona. Tantôt, ce sont deux ou trois membres d'une même famille qui en seront atteints, ou bien c'est à la consultation d'un hôpital qu'on voit, tout à coup, se présenter plusieurs malades atteints d'herpès zoster, alors que, depuis un an peut-être, il ne s'était présenté aucun malade porteur d'une éruption analogue. « Un cas de zona, disait Hardy, n'est jamais isolé dans un hôpital ». Le caractère épidémique — ou du moins demi-épi-

démique, comme le qualifie l'auteur prudent dont parle Brissaud — que revêt quelquefois le zona est incontestable. Il est inutile de rapporter ici tous les exemples qu'on en trouve dans les ouvrages concernant le zona, un ou deux cas nous suffiront.

Pendant l'hiver 1888-89 Kaposi en a observé 45 cas à sa clinique dont 35 d'une bénignité remarquable « se caractérisant par un seul groupe d'efflorescences ». La même année M. Havas, de Budapest, voyait jusqu'à deux ou trois zoster par jour (aux mois de mars et avril) alors que d'habitude sur un total de 2.000 à 2.500 malades ils ne voyait guère que huit à dix zonas par an. Gauthier (1) en a observé onze cas en deux mois, il voit là une preuve de l'épidémicité du zona.

Par contre MM. Besnier et Doyon admettent que l'épidémicité est toujours très restreinte et ne dépasse pas de beaucoup ce qui s'observe pour les autres maladies non miasmatiques. En s'appuyant sur la statistique décennale de l'hôpital Saint-Louis, ils montrent que si le zoster procède par séries il n'y a pas d'époque plus favorisée l'une que l'autre et que les variations annuelles sont assez accusées.

Admettons la demi-épidémicité du zona, il n'en découle pas que ce soit une affection spécifique. Il existe des ictères infectieux, saisonniers, mais non spécifiques; on voit parfois, l'hiver, survenir de véritables petites épidé-

(1) GAUTHIER : *Lyon médical*, 1889.

mies de méningite cérébrospinale dues aux bactéries les plus diversès : grippe, pneumocoque.

L'épidémicité limitée prouve une chose, c'est que le zona peut être de nature infectieuse — personne ne songe à le nier — elle ne prouve pas sa spécificité.

4^o *Contagiosité.* — La contagiosité est beaucoup plus problématique. Landouzy dans son ouvrage ne trouve à mentionner que les cas de Trousseau et de Erb. Depuis on a signalé quelques cas où la contagion paraissait vraisemblable. C'est Walter qui observe trois cas de zona chez les étudiants ayant habité successivement la même chambre ; M. Féré (1) a vu à Bicêtre quatre cas assez rapprochés qu'il suppose dus à la contagion. Wasiliewski (2) rapporte quelques exemples — non personnels du reste — où la contagion semble s'être effectuée entre époux ou des parents à la mère. Quelques auteurs ont même été plus loin dans cette voie, témoin le cas de Fox (3) dans lequel un enfant eut un zona du côté droit du corps et du bras droit alors que, pendant sa grossesse la mère avait eu un zona de la cuisse. Il faut avouer que ce cas ne prouve pas de façon péremptoire la contagiosité du zona.

Les cas dans lesquels la contagion a paru exister sont donc rares, beaucoup trop rares même et insuffisants pour prouver la contagiosité du zona. On peut du reste dire de ces cas, comme pour l'épidémicité, qu'ils sont analogues à certains ictères saisonniers qu'on voit se développer dans une

(1) FÉRÉ : *Revue de Médecine*, 1890.

(2) WASILIÉWSKI : *Annales de dermatologie*, 1863. Anal. par M. Doyon.

(3) FOX : *Revue des Sciences médicales*, 1886.

caserne, dans une même maison, sans que l'on ait songé à créer pour cela une entité morbide, une maladie spécifique, l'ictère infectieux.

Les autres arguments par lesquels on a voulu établir la preuve du zona fièvre éruptive n'ont pas une bien grosse valeur. La présence de vésicules aberrantes dans le zona, qui d'après certains auteurs serait une preuve de la généralisation de la maladie et de son analogie avec les fièvres éruptives, se constate également dans des zonas qui d'après les théories de Landouzy devraient être tenus pour des zostéroïdes. M. Féré (1) en a vu dans le zona des tuberculeux.

Quant à la présence d'adénopathies à distance précédant le zona elles ne prouvent pas que le zona soit spécifique. Du reste il n'existait de zonas vrais que ceux qui sont précédés d'adénopathies à distance, le zona vrai en serait réduit à occuper une place minuscule dans le cadre nosologique.

Enfin, il est une preuve péremptoire de la spécificité d'une maladie : la découverte d'un microbe pathogène. Or les recherches bactériologiques faites dans le zona n'ont amené aucun résultat ; le nombre des germes qui ont été décrits, la multiplicité des localisations de ces microbes (corps cellulaire, vésicule, sang) prouvent que si ce germe existait il serait encore à trouver.

Le zona maladie doit être du reste une maladie excessivement rare, à en juger par la longue liste des zoster symptomatiques à séparer du zoster vrai. Cette liste com-

(1) FÉRÉ : *Société médicale des hôp.* 14 octobre 1898.

prend : 1° les zonas dus à une affection centrale : traumatique, néoplasique, dégénérative ; 2° les zonas par intoxication par l'oxyde de carbone, plomb, arsenic, alcool, par les moules, par l'urémie ; 3° les zonas dus à une toxine microbienne : syphilis, rhumatisme, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, *grippe*, *tuberculose*...

En somme la preuve décisive du zona maladie est encore à fournir et comme l'écrit M. Ernest Besnier : « Comment comprendre étant donnée sa spécificité parfaite que l'agent pathogénique réel puisse dériver des conditions étiologiques extraordinairement variées qui provoquent l'apparition du zona. » Cela est difficile à admettre et il nous paraît beaucoup plus logique de croire avec M. Boix qu'il existe des zoster infectieux mais non pas pour cela spécifiques. Les rapports étroits qui unissent cette affection à d'autres maladies infectieuses : pneumococcie, grippe, tuberculose, impaludisme, angines diverses, permettent de croire que cette opinion n'a rien d'in vraisemblable.

Nous venons de faire une digression, un peu longue peut-être, sur le zona considéré comme maladie infectieuse. Elle nous a semblé nécessaire car, avant d'admettre que les paralysies associées au zona soient analogues aux paralysies des fièvres éruptives encore faut-il prouver que le zona doive être considéré comme une fièvre éruptive. Nous croyons avoir montré qu'il n'en est rien. Puisque nous entendons bien ne pas enfermer le zona dans le cadre étroit d'une maladie infectieuse, il nous faut donc aller chercher la raison d'être de ces paralysies ou amy-

trophies ailleurs que dans la diffusion d'une toxine microbienne.

V°. — THÉORIE CENTRALE

L'infection peut, au surplus, agir d'une autre façon. Nous avons vu que, dans certains cas, des lésions centrales, tumeur, hémorragie, ramollissement, avaient produit à la fois un zona et une paralysie. Nous avons cité quelques observations de zona associé à une hémiplégie croisée, ces cas sont manifestement dus, non pas à une banale coïncidence mais à l'action simultanée d'une hémorragie, d'un ramollissement sur les centres sensitifs et moteurs. Ces cas viennent éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie du zona associé.

Le zona étant considéré comme une affection reconnaissant pour cause une lésion centrale quelle qu'en soit la nature, embolie des artères spinales comme dans le cas de Charcot, intoxication par l'oxyde de carbone, une infection microbienne quelconque, tuberculeuse, grippale, pneumococcique, qu'une lésion circonscrite vienne à se produire au niveau des centres sensitifs un zona peut en être la conséquence, mais que ce foyer soit plus étendu et atteigne en même temps les voies motrices une paralysie en sera la conséquence et on aura réalisé le syndrome zona associé. Dans ce cas, comme le font remarquer MM. Klippel et Aynaud on ne saurait appeler — à proprement parler — la paralysie une complication du zona mais bien le zona lui-même en action sur les centres nerveux moteurs.

Cette façon de voir nous permet de comprendre l'appar-

rition précoce de certaines paralysies, ainsi que l'apparition de la paralysie avant le zona. Elle nous explique que la paralysie siège au voisinage de l'éruption, mais, elle nous permet aussi bien de comprendre que la paralysie siège à une certaine distance du zona si l'on admet une lésion médullaire non plus localisée comme précédemment, mais diffuse; enfin, l'existence d'un processus infectieux explique les cas où la paralysie est bilatérale, et celui que nous rapportons plus loin (obs. XXXVI) où la paralysie après avoir atteint le deltoïde du côté du zona, envahit le facial et l'oculo-moteur du même côté et le bras du côté opposé. Dans ce cas on pourrait presque hasarder le mot de myélite ascendante.

Dans l'observation suivante due à Hardy(1) la propagation de l'infection est encore plus nette. « Le zona avait été thoracique. Après la disparition de l'éruption, les douleurs persistèrent à un degré intense; elles s'étendirent de l'autre côté de manière à figurer la ceinture complète; puis, quelques semaines plus tard se développèrent des douleurs et de la paralysie des membres inférieurs; la paralysie gagna ensuite les membres supérieurs et le malade mourut par asphyxie.... plusieurs exemples de paralysie d'une semblable origine ont été publiés récemment ».

Quant à la lésion produite par un trouble circulatoire, une intoxication par l'oxyde de carbone, une infection grippale, pneumococcique, elle doit être légère et peu profonde. La rapidité avec laquelle s'améliore dans la

plupart des cas de paralysie zostérienne laisse à supposer que l'altération des centres est assez bénigne et se répare facilement.

Ces altérations médullaires légères et fugaces ont du reste été constatées maintes et maintes fois. Depuis qu'on a découvert l'influence de l'irritation médullaire sur la teneur cellulaire du liquide céphalo-rachidien, la ponction lombaire pratiquée systématiquement a permis de reconnaître dans beaucoup de cas de zona une modification du liquide céphalo-rachidien, indice d'une irritation médullaire plus ou moins intense.

Au reste, la lésion n'est certainement pas la même dans tous les cas, la lenteur que mettait à guérir certaines paralysies, quand elles guérissent, indique une altération plus profonde des cellules motrices.

Cette façon d'envisager le zona associé nous paraît la plus plausible. Outre quelle nous rend compte d'une façon satisfaisante des paralysies zostériennes elle a l'avantage de ne pas s'appliquer exclusivement aux cas relevant de l'infection puisqu'elle s'explique aussi bien par le fait d'une tumeur, d'une hémorragie, d'un trouble circulatoire ; enfin elle s'appuie sur deux faits constatés et indiscutables : 1^o irritation méningée prouvée par la cytologie du liquide céphalo-rachidien ; 2^o apparition d'une hémiplegie croisée associée à un zona au cours d'une hémorragie ou d'un ramollissement de mésocéphale.

On peut objecter que l'étude des réactions électriques dans les cas de paralysie zostérienne, a montré dans la plupart des cas, pour ne pas dire toujours que ces para-

lysies offrent les réactions des paralysies périphériques. Mais, nous avons déjà dit que cette expression de périphérique ne devait pas être prise au pied de la lettre, que pour la paralysie faciale par exemple elle pouvait s'entendre aussi bien des paralysies nucléaires que des paralysies sub-nucléaires ou réellement périphérique. En tout cas, une altération grossière des nerfs périphériques ont souvent sous la dépendance d'une altération légère des centres nerveux. Cette opinion émise par Remak et Erb a été l'objet d'une leçon de Babinski qui conclut ainsi : « ce terme, névrite périphérique ne doit pas impliquer l'idée que les lésions des nerfs sont primitives, qu'elles sont l'origine de tous les troubles nerveux qu'on observe et que le système nerveux central ne présente aucune modification. Il signifie simplement que les altérations anatomiques du système nerveux perceptibles par nos moyens d'investigation sont exclusivement localisées dans les nerfs où y sont bien plus accusées que dans le système nerveux central » (1).

Et cette lésion centrale, si minime soit-elle, est capable, au même titre qu'une altération grossière de produire des troubles profonds. C'est Babinski qui écrit encore quelque part : « Il ne faut pas oublier et il serait facile de démontrer par de nombreux exemples que le fonctionnement d'un organe peut être moins profondément troublé par des altérations grossières, visibles à l'œil nu, que par une modification délicate, d'origine chimique ou autre dans la

(1) BABINSKI : Traité Médecine Charcot, Bouchard et Brissaud, T. X, p. 40.

constitution des éléments cellulaires, modifications qui échappent au sens de la vue même armé d'un microscope ».

Enfin, s'il est inadmissible qu'un poison microbien circule assez longtemps dans l'organisme pour produire à trois mois de distance un zona puis une paralysie ou une atrophie musculaire, on peut admettre au contraire qu'une lésion microbienne siégeant dans l'axe cérébro-spinal, sommeille pendant longtemps, puis se réveille sous l'influence de causes inconnues et produise à quelques mois de distance un zona puis une paralysie. Les zonas à répétition s'expliqueraient très bien de la même façon. N'est-ce pas, en somme, l'équivalent des atrophies musculaires tardives consécutives à la paralysie infantile.

Pour terminer, ajoutons simplement que, la paralysie des réservoirs, vessie et rectum, aussi commune dans les affections médullaires qu'elle est rare dans les névrites périphériques (polynévrites) plaide hautement en faveur de l'origine centrale des paralysies et amyotrophies Zostériennes.

La paralysie survient quelquefois longtemps après le trouble trophique qui constitue le zona. Dans ces cas, il est logique de supposer que l'irritation se transmet de la cellule sensitive à la cellule motrice au moyen de nombreux prolongements qui réunissent l'un à l'autre neurone. Suivant la remarque de MM. Klippelet Aynaud cette théorie avait déjà été formulée par Bouchut pour expliquer l'amaurose qui suit les places du sourcil. C'est également un peu l'idée de M. Joffroy qui parle d'une « propagation possible » se

faisant dans le bulbe au moyen des connexions qui unissent les noyaux d'origine de la V^e et de la VII^e paire.

Brissaud, dans ses leçons, reprend cette théorie de la propagation centrale en la modifiant d'une façon originale. « Les prolongements cylindraxiles de la cellule ganglionnaire de la V^e paire arrivent au contact des prolongements protoplasmiques de la VII^e paire. Ils établissent les relations cherchées entre les cellules motrices d'une part, sensibles d'autre part. L'irritation centrale qui fait dégénérer les prolongements protoplasmiques de la V^e paire — et d'où résulte le trouble trophique du zona — supprime à un moment donné la stimulation centripète qui entretient la tonicité des noyaux de la VII^e paire. La cellule motrice du neurome centrifuge ou myoneurone, est en quelque sorte sidérée par la soudaine interruption du courant sensitif.

» Mais ce n'est là qu'un état de mort apparente car la cellule motrice reçoit bien d'autres incitations par les prolongements protoplasmiques qui la mettent en relation avec d'autres neurones centripètes. La tonicité des muscles commandés par le noyau moteur, n'est donc pas perdue pour toujours, aussi, voit-on se rétablir assez vite la tonicité dans la sphère du facial..... Suivant le degré d'intensité de la névrite que nous n'apprécions ni d'après la confluence de l'éruption, ni d'après l'intensité de la douleur ; suivant le nombre de prolongements cylindraxiles qui dégénère, nous arrivons à nous expliquer les différences d'étendue et de durée des paralysies postérieures secondaires, comme nous nous expliquons leur curabilité, voir même leur absence ».

Cette théorie originale s'accorderait en tous points avec la conception que les auteurs modernes se font de la neuro-dynamique. En effet, d'après les travaux de Sergueyeff, la peau ne serait qu'un vaste plexus (plexus ganglio-cutané) ayant pour fonction d'emprunter au dynamisme ambiant les éléments nécessaires à l'exercice végétatif (force, fluide, énergie). Le dynamisme ainsi emprunté serait transmis par les nerfs aux séries ganglionnaires chargées elles-mêmes de le dispenser aux organes centraux.

Cette théorie, aussi bien qu'une lésion centrale, mieux même peut-être, pourrait nous expliquer certains cas de paralysie fugace, transitoire, mais il faut reconnaître qu'elle ne saurait être appliquée à tous les cas. Elle ne peut pas expliquer l'apparition des paralysies dites à distance, des paralysies bilatérales, enfin elle ne nous rend pas compte des cas dans lesquels la paralysie précéda le zona.

De ce que cette théorie ne convient qu'à certains cas, faut-il conclure qu'elle doive nécessairement être rejetée ? Rien ne nous force à admettre que tous les cas de paralysies zostériennes soient produites par un mécanisme analogue.

On peut admettre, au contraire, que si certains cas fugaces et bénins, véritables paralysies transitoires, sont dus à la brusque interruption du courant nerveux, les autres reconnaissent l'action simultanée, sur les origines de plusieurs nerfs, d'une lésion inflammatoire ou dégénérative ou sa propagation au niveau des cellules d'origines de ces nerfs.



OBSERVATIONS

Nous n'avons pas jugé à propos de reproduire ici les très nombreuses observations de zona ophtalmique associé aux paralysies soit du pathétique, soit du moteur oculaire commun, soit du moteur oculaire externe. Nous nous sommes contentés de les signaler dans un chapitre précédent.

Nous avons divisé les observations qui vont suivre en trois catégories. Dans la première sont les cas de zona associé aux paralysies de la VII^e paire ; dans une seconde nous avons classé les paralysies de membres ; enfin dans une troisième nous rapportons deux cas de paralysies vésicales au cours du zona.

I. — Zona associé aux paralysies faciales

Observation XIII

LETULLE. Archives de physiologie normale et pathologique, 1882.

P..., 51 ans, cuisinier, entre le 25 avril 1880 dans le service de Velpeau à la Charité.

Le 19 avril, en se levant, il ressentit dans toute la région frontale droite, au niveau de l'angle externe de l'œil droit une douleur vague, sorte de gêne et de pesanteur qui persiste toute la journée pendant son travail.

Le 20, la douleur était devenue très vive, insupportable, elle occupait toute la région fronto-pariétale droite, irradiant dans la paupière supérieure dont le bord était le siège d'une sensation de cuisson très pénible. Depuis ce jour jusqu'à son entrée à l'hôpital, cette douleur diffuse n'a fait que s'accroître, elle est devenue atroce. Hier enfin, une éruption vésiculeuse a commencé à se produire au niveau des régions douloureuses.

Etat actuel. — L'éruption constituée par des vésicules jaunes-brunâtres, légèrement affaissées et réunies en plaques occupe sur la région frontale droite un espace parfaitement limité : à gauche par la ligne médiane, à droite par une ligne verticale passant par le milieu du sourcil.

La racine du nez du côté droit, la paupière supérieure droite au niveau de l'angle interne de l'œil sont également le siège d'une éruption vésiculeuse. Le cuir chevelu est respecté. Tout le reste de la région frontale droite, les deux paupières et la presque totalité de la joue droite sont le siège d'une douleur très vive et d'une desquamation épidermique. Ces régions erythémateuses sont envahies par un œdème très notable qu'on constate également, mais moins vif dans la région pariéto-temporale droite. Sur l'aile du nez se voit en outre un autre îlot de vésicules contenant un liquide incolore.

L'œil droit s'ouvre difficilement à cause du gonflement des paupières, ses conjonctives sont rouges et gonflées, la cornée et l'iris sont normaux, pas de photophobie. Rien dans la cavité buccale. La sensibilité semble diminuée dans le voisinage des plaques herpétiques.

Le surlendemain de son entrée, la douleur à presque entièrement disparu ; la pression sur les points d'émergence sus et sous-orbitaires est encore très pénible.

Les ganglions sous-maxillaires droits sont engorgés et douloureux ; à gauche d'ailleurs, les ganglions sous-maxillaires sont douloureux mais moins que du côté du zône.

20 avril. — Abondante suppuration sous les croûtes formées par l'éruption. Sous les croûtes on découvre quelques plaques gangreneuses.

1^{er} mai. — L'œdème des joues a diminué. Suppuration abondante.

4 mai. — Cicatrisation rapide. La conjonctive est toujours injectée.

9 mai. — Quelques douleurs dans la face, dans la région du sus-orbitaire et du nasal, qui se répètent le 9 mai.

10 mai. — La cicatrisation est complète. En regardant le malade on s'aperçoit qu'il est atteint d'une paralysie faciale incomplète du côté droit. Hier, il s'est aperçu tout à coup, en buvant, que le liquide s'échappait de sa bouche par la commissure labiale. Les aliments s'accumulent dans le sillon gingivo labial. L'orbiculaire des paupières droit ne peut oblitérer complètement l'orifice palpébral ; cependant, la paupière supérieure droite est légèrement abaissée, les rides ont disparu à droite, le voile du palais, la langue sont intacts ; l'ouïe est normale à droite.

11 mai. — La paralysie faciale s'accuse. Diminution de la contractilité faradrique des muscles paralysés.

13 mai. — L'orbiculaire et la totalité des muscles du côté droit ne réagissent plus du tout sous l'influence de la faradisation. L'anesthésie persiste la même dans les régions signalées (territoires du sus-orbitaire et sous-orbitaire droits).

La paralysie faciale diminue à partir du 21 mai, et le 30 mai, le malade quitte l'hôpital presque guéri.

Observation XIV

REMAK, rapportée par VOIGT, Saint-Petersbourg,

med. wachens. 1885, n° 45.

Ouvrier de 44 ans, entré le 14 septembre. Il tombe malade le 9 septembre, en présentant des douleurs à la nuque, au côté gauche du cou, dans la fosse auriculo-mastoïdienne et à la face. Il a eu, paraît-il, le même jour, quelques taches rouges dans la région douloureuse. Le 11 septembre, il présenta à son réveil de l'asymétrie à la face et le lendemain survint la paralysie au même degré où elle est maintenant. En même temps, goût amer dans la moitié gauche de la langue, surdité et bourdonnements dans l'oreille gauche.

Par son métier d'étameur, il est souvent exposé à des variations de température, mais il ne se souvient pas avoir subi de refroidissement qui eut occasionné la maladie actuelle. Il a eu une pleurésie il y a dix ans.

Elat actuel. — Paralysie faciale complète avec lagophtalmie sans ectropion. Pas de déviation du voile du palais ; celui-ci se soulève symétriquement dans la phonation. Pas de dysphagie.

Pas de différence du goût à l'expérimentation dans les deux moitiés de la langue ; cependant, dans la moitié gauche, sensation obtuse.

Le bruit d'une montre n'est pas perçu par le malade à un pouce de l'oreille. A l'examen de l'oreille, on trouve un bouchon de cérumen avec otite chronique.

Le malade entend double les sons de musique, surtout les sons très hauts et quand on parle haut, il perçoit deux voix.

Eruption fraîche d'herpès par groupes d'une largeur de 2 à 3 centimètres.

A la recherche objective de la sensibilité, on trouve une légère analgésie à gauche. Pourtant à l'épreuve du compas du tact, il n'y a pas de différence.

L'examen électrique du facial a été fait, contraction minime à 25 millimètres, pour le facial gauche à 10 millimètres. Il s'agit donc ici d'un cas de paralysie faciale avec évolution typique des symptômes électriques.

Nous pouvons localiser la lésion nerveuse du facial avec une certitude mathématique, par la participation du goût et de l'ouïe et la non participation du voile du palais, entre la naissance du grand nerf pétreux superficiel et le trou stylo-mastoïdien.

Observation XV (résumée)

STRÜBING. *Deutsch. arch. f. klin. med.*, 1885, vol. XXXVII

Malade de 52 ans qui avait été sujette, à l'âge de 20 ans, à de violents accès d'hémicranie. Après un refroidissement, elle subit des douleurs plus violentes dans le côté gauche de la face, ces douleurs ne durèrent qu'un quart d'heure et reparurent les jours suivants avec les mêmes caractères. Trois jours après le début des douleurs apparut un peu de rougeur, puis des vésicules en avant et en arrière de l'oreille, sur la joue et sur le cou. Le sixième jour, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait souffler une bougie et le septième elle ne pouvait fermer l'œil. La paralysie était limitée aux muscles cutanés et s'accompagnait, deux jours après, de réaction de dégénérescence. Parmi les points douloureux révélés par la pression digitale, l'observation mentionne les III^e et V^e vertèbres cervicales, les III^e et IV^e dorsales. La guérison fut incomplète.

Strübing rapporte quatre autres cas puisés à différentes

sources. Deux observations sont dues à Tryde (1870). Dans l'une, il s'agit d'un sourd-muet de 20 ans qui, trois jours après l'apparition d'un zoster sur le côté gauche du cou, eut une paralysie faciale gauche qui guérit promptement à la suite d'un traitement par les courants continus. Dans l'autre c'est une femme de 39 ans qui eut son éruption de longue durée quatre semaines avant d'accoucher. L'éruption s'était montrée sur le côté gauche du cou, à la nuque et au cuir chevelu ; en avant sur toute la joue jusqu'à la bouche.

Au lendemain de l'accouchement, l'exanthème était encore en pleine floraison. Les jours suivants, on constata une paralysie motrice du facial. L'éruption disparut d'abord, puis la paralysie fut guérie par les courants continus.

Strübing rapporte ensuite les cas de Greenough et de Coob.

Dans l'observation de Greenough (1), un phtisique est atteint d'un zona du côté gauche sur le territoire des nerfs superficiels du cou et auriculaire. Peu après l'apparition de l'exanthème, paralysie de toutes les branches du facial du même côté. La cicatrisation fut complète en quelques semaines, la paralysie s'amenda rapidement.

Le cas de Coob (2) est assez analogue. Un zona de la moitié droite du cou et du visage fut suivi de paralysie faciale du même côté. La paralysie guérit peu après l'éruption.

(1) GREENOUGH. — *Journal of cutan. and diseases of the skin.*, 1868.

(2) COOB. — *Boston med. and. Surg. Journ.*, mars 1885.

Observation XVI (résumée)

EULENBURG. — *Centralblatt f. nervenheilk.*, I, 1885

Après quelques jours de vives douleurs, apparition des vésicules caractéristiques.

L'éruption siège sur le côté gauche de la face, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et du trou stylo-mastoïdien, elle s'étend jusqu'au cou.

La paralysie apparaît après l'éruption ; il y eut diminution des réactions électriques des muscles paralysés.

Observation XVII (résumée)

TESTAZ. — Thèse Paris, 1887

Un homme de 18 ans eut, après de vives douleurs au niveau de l'oreille, une éruption de vésicules caractéristiques. Elles sont disposées en trois groupes : l'un grand comme une pièce de cinq francs au niveau de la pommette gauche, les deux autres grands comme une pièce de cinquante centimes au milieu de la joue, à un centimètre de la commissure labiale.

Le sixième jour, disparition de la douleur et apparition d'une paralysie faciale avec déviation de la langue et du voile du palais.

On note une légère altération du goût du côté gauche. Du même côté on constate un notable affaiblissement de l'ouïe.

Observation XVIII (résumée)

BESNIER. — In thèse Despaigne, Paris, 1888

M. X..., après avoir éprouvé pendant plusieurs semaines des douleurs vives dans la région cervicale du côté droit, douleurs

prémonitoires qui avaient permis au Dr Ernest Besnier d'annoncer l'apparition prochaine d'un zona, fut atteint d'un zona étendu de la région cervico-occipitale droite. Au moment de la dessiccation complète de l'éruption zostérienne, qui du reste était restée bénigne, on vit apparaître une paralysie faciale du même côté.

Cette paralysie de la face, dans laquelle l'orbiculaire était atteint et qui présentait tous les caractères d'une paralysie périphérique, disparut au bout de six semaines sans laisser la moindre trace.

Il n'y avait pas eu de refroidissement ni avant l'éruption, ni avant l'apparition des troubles moteurs. M. Besnier insiste là-dessus avec soin et il suppose que la paralysie de la VII^e paire était un acte secondaire transmis de la lésion principale au nerf facial du même côté. Il considère la pathogénie de ces cas comme obscure.

Dans sa thèse, M. Despaigne rapporte plusieurs autres observations que voici :

Observation XIX (résumée)

BERMACK. Rapportée par DESPAIGNE, Paris, 1888

Après huit jours de douleurs dans l'oreille droite, paralysie faciale complète et grave ; en même temps zona des deux tiers antérieur correspondant du bord de la langue.

Le goût n'était pas altéré. La sensibilité de la langue était normale.

Observation XX (résumée)

KERN (*ibid.*)

Paralysie faciale et herpès de la langue du même côté. Il fut

impossible dans ce cas de constater s'il y avait des troubles de la sensibilité gustative.

Enfin M. Despaigne rappelle que Bernhardt cite deux cas de paralysie faciale au cours du zona de la face : l'un est rapporté par Dubler, l'autre par Emselhor-Curschmann.

Observation XXI

PERRIN. — *Marseille médical*, 1890

M. Perrin remarque que l'association du trouble moteur au trouble trophique tégumentaire est chose rare. Il l'a cependant vu une fois. Son malade était âgé de quarante-quatre ans et eut un zona cervico-occipital gauche, précédé de douleurs névralgiques vives pendant cinq à six jours.

Au moment de la rétrocession de l'exanthème, c'est-à-dire après deux semaines environ apparaît une paralysie faciale gauche par conséquent du même côté. Celle-ci atteignait l'orbitulaire et avait tous les caractères d'une paralysie périphérique. Les muscles de la langue, du voile du palais, du tympan étaient respectés. Elle guérit au bout de vingt-six jours.

Observation XXII (résumée, inédite)

HERVOUET. — *Soc. méd. hôp. Nantes*, 1892

Homme de soixante ans environ, arthritique, qui eut un zona avec fièvre, localisé à la joue, à l'oreille, au cou, et à la nuque du côté gauche. Presque en même temps apparut une paralysie faciale qui mit assez longtemps à se réparer. Elle fut traitée par les courants continus.

Observation XXIII (résumée)

DARABSETH. — *The Lancet*, 5 mai 1894.

Un malade de trente-cinq ans est atteint d'un zona s'étendant sur la moitié droite du cou, de la face et du tronc. L'apparition du zona avait été accompagnée d'un peu de fièvre mais n'avait pas été précédée d'aucun prodrome.

Il eut en même temps une paralysie faciale droite incomplète, le voile du palais n'était pas abaissé, la luette n'était pas tuméfiée.

Diminution du goût.

La paralysie s'améliore rapidement et au bout de vingt-cinq jours la guérison était complète.

Observation XXIV (résumée)

RABBE. — Thèse Paris, 1896

L'éruption siège sur la joue et s'étend de la paupière inférieure droite jusqu'à l'aile du nez ; en dehors elle va jusqu'à la partie moyenne de la joue et atteint en dedant le sillon nasogénien.

L'apparition du zona fut précédée de quelques prodromes : anorexie, courbature. Quelques jours plus tard apparaissent quelques rares vésicules sur la conjonctive et la cornée.

Quatre jours après le début apparaît un peu de paralysie faciale incomplète.

L'éruption se cicatrise rapidement ; quant à la paralysie faciale, après être restée stationnaire pendant quelques jours, elle s'améliore et disparaît rapidement. Au bout du vingt-quatrième jour, le malade ne présentait plus aucun signe de paralysie faciale.

Observation XXV (résumée)

ERSTEIN. — *Wirschow's archiv.* 1895, p. 505

Un garçon de dix-sept ans, tuberculeux héréditaire, atteint d'une insuffisance mitrale, eut, à la suite d'un zona important de la région occipito cervicale avec propagation à la face, une paralysie faciale qui apparut deux jours après l'apparition de l'éruption. Il existait une hypœsthésie manifeste.

Observation XXVI (résumée)

SIEGHEM. — *Monasthefte f, prakt. dermat.*, 1895, p. 396.

Malade en traitement pour sclérose des coronaires. En janvier 1895 il eut un zona situé derrière le lobule de l'oreille du côté droit, sur le bord droit de la langue, de la lèvre et du voile du palais. Cette éruption s'accompagna de violentes douleurs névralgiques.

Huit jours plus tard, le malade présentait une paralysie faciale caractéristique.

Observation XXVII

GRASSMANN. — *Deutsch. arch. f. klin. med.* 1897

Une femme de quatre-vingt-un ans, après avoir eu des douleurs sur le territoire du plexus cervical droit, présente, sur les branches de ce plexus une éruption d'herpès zoster. Pendant la durée de l'éruption, un œdème se produisit sur la joue droite et, onze jours après l'éruption du zona, la malade est atteinte d'une paralysie faciale du même côté, qui disparaît en six semaines en laissant après elle une névralgie persistante du plexus cervical.

De plus, chez cette femme, en dehors des phénomènes de paralysie et d'irritation vaso-motrice, il y eut des troubles sensitifs : elle avait eu de l'hypoacousie à droite et accusait une sensation de fadeur lorsqu'on déposait sur sa langue une substance sapide.

Observation XXVIII (Résumée)

RAYMOND. — Cliniq. des mal. du syst. nerveux, Paris, 1898.

Une femme est prise, en même temps que d'une paralysie faciale droite, d'une éruption siégeant sur le bord droit de la langue et le voile du palais, empiétant légèrement sur le côté opposé. Quelques jours plus tard, le côté gauche de la face se prenait à son tour.

L'examen électrique montra des signes de réaction, de dégénérescence à droite ; du côté gauche, les réactions étaient presque normales.

Un mois et demi après, la paralysie faciale avait disparu à gauche ; elle persistait à droite sans modification des signes trouvés lors du premier examen.

Observation XXIX

TRUFFI. — Giornale ital. delle mal. ven. e della pelle, Milano 1898.

Une femme âgée de 39 ans constata, il y a un mois environ, un point douloureux au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, à deux centimètres à peu près en avant du tragus. Alors apparaît une vésicule au niveau de l'apophyse coronéoïde gauche, puis des vésicules analogues sur la joue, la région temporale et maxillaire.

Il y eut en même temps parésie des muscles de la face du

même côté que l'éruption cutanée et une parésie manifeste de l'angle buccal du côté opposé.

L'éruption et la parésie sont améliorées au bout de peu de jours.

Observation XXX (Résumée)

KLIPPEL et AYNAUD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1898.

Un homme de 35 ans est pris le 17 décembre de douleurs au niveau de la moitié droite du front ; trois jours après, l'œil est le siège de picotements douloureux.

A l'examen, on constate une éruption de plaques de zona, empiétant légèrement sur le côté gauche du front. Sur le nez existe un groupe de vésicules. Quelques plaques également sur la paupière supérieure. Les tissus avoisinants sont œdématisés. On note le soir un peu de fièvre (38°).

En même temps on constate une paralysie faciale du même côté. Sensibilité tactile obtuse. Hypoacousie à droite. Agueusie bilatérale dans les 2/3 antérieurs de la langue. Le chloroforme et l'ammoniaque ne sont pas sentis par la narine droite.

Le malade quitte l'hôpital le dixième jour. Son éruption est cicatrisée et de sa paralysie il ne persiste qu'un peu de ptosis et un léger abaissement du sillon naso-labial.

Observation XXXI (Résumée)

LANNOIS. — *Lyon médical*, 1899 et Thèse ACHARD, Lyon, 1900.

Zona étendu sur le côté gauche du cou, de l'épaule au maxillaire ; un autre groupe, mais moins important, existe sur la région temporale du même côté.

Le lendemain, M. Dor constate une paralysie faciale gauche. Cette paralysie s'améliore lentement.

Dans sa thèse, M. Achard reproduit l'observation suivante due à Hammerschlagg.

Un adulte après une marche forcée pendant laquelle il fut exposé à une tempête de neige (du côté droit surtout), éprouva des frissons, nausées, vertiges. Cinq jours après, douleurs à l'oreille irradiées vers l'angle oculo-nasal.

Il entre à la clinique de Nothnagel où on constate un zoster occupant l'hélix, le lobule, la base du tragus ; en même temps on remarque une paralysie faciale droite complète.

La guérison fut relativement rapide.

Observation XXXII

GAUCHER. — *Journal de médecine interne*, 1899.

En examinant la femme que je vous présente, vous reconnaissez que l'hémiplégie est complète. Non seulement la bouche est déviée, mais encore l'œil ne peut pas se fermer.

Le zona cervical de cette malade était à gauche, du même côté que son hémiplégie... Notre sujet est guéri de son zona, et ne l'est pas de son hémiplégie ; cependant depuis cinq semaines que vous la connaissez, elle s'est sensiblement améliorée. Elle est traitée par la faradisation et le massage.

M. Gaucher rapporte en outre que M. Sottas a vu un cas de paralysie faciale dans le zona intercostal.

II^e Zona associé aux paralysies des membres

Observation XXXIII

BROADBENT (1866). Cité par Henri LEROUX. Article du zona du dict. encyclop. des sciences méd.

Le cas rappelé par Broadbent est celui d'un malade de soixante-

quatorze ans, qui eut un zoster fort douloureux étendu du cou jusqu'à l'avant-bras, et qui, après une semaine ne pouvait plus soulever le membre affecté au-dessus du plan du lit, tant il était affaibli.

Observation XXXIV

FABRE (de Commentry) *Annales médicales de Liège*, 1881

Une femme âgée de soixante-dix ans fut atteinte de douleurs lancinantes dans tout le membre supérieur droit. Quelques temps après, on aperçut, le long de la région interne du bras, à l'épitrôchlée et vers le bord interne de l'avant-bras jusqu'au poignet, une dizaine de plaques rouges surmontées de petites vésicules peu nombreuses.

Les douleurs persistèrent. L'avant-bras et la main étaient enflés tous les soirs et beaucoup plus faibles que de l'autre côté.

Observation XXXV

MÉRESSE. "Le zona dans les intoxications". Thèse Paris, 1900.

D'après LEUDET, in arch. gen. med.

Ce cas concerne un chauffeur âgé de trente ans, ayant subi un commencement d'intoxication par l'oxyde de carbone. Deux jours après, engourdissement des trois derniers doigts de la main droite qui s'étendent difficilement et restent en demi-flexion. La flexion s'accomplit normalement. Les deux premiers doigts sont normaux, pas de troubles de la sensibilité.

Une dizaine de groupes d'herpès, du volume d'une tête d'épingle, se sont développées sur la partie moyenne et un peu interne de l'avant-bras.

Sensibilité normale, on remarque une eschare sacrée.

Le 8^e jour, l'herpès est complètement desséché. L'extension des trois derniers doigts est absolument impossible.

Le 18^e jour, nouvelle poussée d'herpès à la cuisse. Sensibilité, motricité normales.

Le malade sort le 50^e jour. Son éruption a complètement disparu, mais la paralysie a persisté et l'extension des trois derniers doigts est toujours impossible; l'extension du pouce et de l'indicateur est moindre qu'à l'état normal.

L'électrisation des nerfs et des muscles ne provoque ni mouvements ni douleurs.

Observation XXXVI (inédite)

HERVOUET. Soc. de Médecine de Nantes, 8 février 1892.

Un homme de soixante-cinq ans, exerçant la profession de corroyeur, sans antécédents pathologiques, est atteint d'un zona. L'éruption est constituée par des groupes d'herpès situés à la région postérieure et externe du bras droit. Elle atteint à peine le haut de l'avant-bras où cependant se voient quelques vésicules. L'éruption, très discrète sur l'épaule, occupe encore les parties latérales du cou. Le développement des vésicules a été précédé de douleurs vives surtout vers la fosse sus-épineuse et le long du bras; douleurs spontanées, presque continues et que les mouvements augmentent ainsi que la pression.

En dehors d'un peu d'hyperesthésie, la sensibilité cutanée n'est pas altérée.

Si on demande au malade d'exécuter quelques mouvements de son membre supérieur, par exemple de fléchir l'avant-bras sur le bras, de faire des mouvements de circumduction, d'élever la main à la hauteur de sa tête, eh bien! il éprouve une difficulté réelle à obéir au commandement, non seulement à

cause de la douleur mais encore et surtout en raison d'un affaiblissement considérable. La contraction du deltoïde est bien incomplète, c'est là que semble résider le maximum d'impotence fonctionnelle.

En cherchant si les fléchisseurs étaient affaiblis, on trouve qu'ils le sont des deux côtés. A droite le dynamomètre marque 19, à gauche 17 seulement. En général, chez l'homme sain et vigoureux, non seulement les chiffres sont plus élevés, mais il y a une plus grande différence qu'ici entre la main droite et la main gauche ; celle-ci semble donc relativement plus affaiblie.

Si on regarde la tête du malade, on est frappé par une certaine asymétrie ; en regardant de plus près, on constate de la flaccidité de la joue droite et de la commissure, accompagnée d'un peu de gonflement, d'une sorte de bouffissure ; en un mot cet homme a de la paralysie faciale incomplète.

Il y a plus, un peu de ptosis et même du myosis, tout cela à droite. Zona, paralysie deltoïdienne, paralysie faciale, ptosis, tout cela est du même côté. Et tous ces symptômes évoluent sur des territoires nerveux très différents.

Il s'agit d'une maladie aiguë, récente, en voie de guérison, en apparence primitive, c'est-à-dire ne vivant pas aux crochets d'une affection antécédente des centres nerveux.

Observation XXXVII (résumée)

HARDY, *Gazette de Paris*, 1873.

Hardy rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite d'un zona sur le territoire du nerf sciatique eut une paralysie complète des muscles du mollet, et des parties antérieures de la jambe.

Après un mois de traitement, la paralysie n'avait pas encore entièrement disparu.

Observation XXXVIII (résumée)

MÉRESSE (*loc. cit.*)

Une femme âgée de soixante-dix ans entre le 19 novembre 1899 à l'hôpital Broussais dans le service du Dr Oettinger. Cette malade est atteinte d'une insuffisance mitrale qui lui a déjà valu par deux fois un séjour à l'hôpital.

Elle entre avec de nouveaux accidents d'asystolie : gros râles dans la poitrine, foie augmenté de volume, urines albumineuses. Huit jours après son entrée, alors que le cœur commençait à se régulariser apparaît une poussée d'herpès, disposée en groupe sur fond érythémateux, au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse, près du pli de l'aîne droit. Au niveau du coccyx à droite se voient également quelques vésicules. Le zona affecte une disposition métamérique correspondant à la III^e paire sacrée.

Deux jours après nouvelle poussée à la partie inférieure et supérieure du genou, correspondant à la IV^e paire sacrée.

Dix jours après, les vésicules se sèchent, on remarque une légère parésie du membre inférieur droit.

Un mois après, la malade meurt en pleine asystolie. L'autopsie a été faite, mais ne fait pas mention de l'état de la moelle et des nerfs.

III^e Zonas associés à des paralysies du tronc

Observation XXXIX (résumée)

DAVIDSON (*loc. cit.*)

Davidson a publié l'observation d'un homme de 62 ans, atteint d'un zona de la région anale, s'étendant sur une surface

grande comme une paume de main au niveau de la tubérosité de l'ischion, gagnant en avant le périnée et la moitié gauche du scrotum ; la moitié gauche du pénis présentait aussi quelques vésicules. Le malade ne peut ni uriner ni aller à la selle, pendant trois jours, les réservoirs étant frappés de paralysie.

Observation XL (inédite)

Recueillie dans le service du Dr MALHERBE, par M. Chesneau,
interne du service

C... Léon, 29 ans, journalier, entre le 3 mars 1906 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Malherbe. Il y est adressé pour rétention d'urine.

Il y a quatre ans, le malade a été pris brusquement de rétention d'urine l'obligeant à se faire sonder trois fois par jour. En même temps, constipation opiniâtre. Au bout de quinze jours, ces accidents disparurent.

Depuis cette époque, il a été sujet trois fois à des crises absolument identiques.

Voici cinq jours que ces accidents l'ont repris, rétention d'urine absolue avec sensations douloureuses dans l'urèthre, irradiations lombaires, douleurs abdominales surtout du côté droit. Et, cependant, il n'existe aucun obstacle dans l'urèthre puisque celui-ci admet facilement une sonde à bout olivaire n° 18, qui donne issue à une urine claire, limpide, légèrement albumineuse.

La sensibilité cutanée a été examinée et trouvée normale, les réflexes tendineux sont normaux. Le cœur, le poumon n'offrent rien d'anormal.

Le toucher rectal est négatif. — Constipation opiniâtre.

8 mars. — On remarque sur la face externe de la cuisse droite

deux ou trois groupes vésiculeux, au niveau desquels le malade accuse une sensation de cuisson pénible.

9 mars. — Apparition d'un nouveau groupe en arrière du grand trochanter, au niveau de la tête du péroné et de la face externe du mollet. Les ganglions inguinaux du côté atteint sont gros et douloureux.

10 mars. — La malade a deux mictions spontanées.

13 mars. — Les vésicules commencent à se dessécher. La douleur diminue. Les mictions sont normales ; il n'y a plus d'albumine.

20 mars. — Le malade sort de l'hôpital. L'éruption est complètement cicatrisée ; les réservoirs fonctionnent normalement

CONCLUSIONS

Des paralysies peuvent se rencontrer au cours du zona ; elles sont particulièrement fréquentes au cours du zona ophtalmique.

Les caractères de ces paralysies sont les suivantes :

1^o Elles siègent presque toujours au voisinage de l'éruption ; les « paralysies à distance » doivent être considérées, si non comme exceptionnelles, du moins comme rares.

2^o Elles offrent les caractères des paralysies périphériques et sont ordinairement incomplètes.

3^o Elles peuvent s'accompagner d'amyotrophie — surtout aux membres. — Elles sont alors pathogéniquement comparables aux paralysies amyotrophiques de la polyomyélite aiguë.

4^o La guérison s'observe dans la plupart des cas. L'amélioration est généralement rapide.

En l'absence de constatations anatomiques certaines, on ne peut qu'émettre des hypothèses, relativement à la nature de ces paralysies. Quelques-unes sont notoirement insuffisantes, telles celles qui admettent l'ordème, le réflexe, la propagation périphérique, la simple coïncidence.

Nous avons dit que l'assimilation des paralysies associées au zona, aux paralysies des maladies générales, nous

paraissait injustifiée. Elle supposerait au moins que la preuve du zona, fièvre éruptive, fut faite ; or, nous croyons avoir montré qu'il n'en est rien.

Reste donc une hypothèse, la plus probable à notre sens, d'une lésion centrale, de nature variable, toxique, infectieuse..... atteignant sur l'axe cérébro-spinal les origines de plusieurs nerfs, sensitif et moteur ou se propageant de l'un à l'autre au moyen de connexions qui unissent entre eux les neurones sensitif et moteur.

Dans ce cas, il n'y a pas lieu de considérer la paralysie comme une complication du zona, elle est au même titre que l'éruption, le symptôme d'une lésion centrale, elle est si l'on veut le zona lui-même en action sur le nerf moteur, ou plutôt elle est une forme clinique du zona : le zona avec paralysie.

Vu :

Le Président de la thèse,

E. BRISSAUD.

Vu :

Le Doyen,

M. DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD.

1

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

GREENOUGH. — Journal of cutan. med. and descas of the skin.

By Erasmus Wilson, octobre 1868.

TRYDE. — Bemerkungen über facialis paralyse. *Nord Med. ark.* 2, n° 12, p. 1-52, 1872.

HYBORD. — Du zona ophtalmique. Thèse Paris, 1872.

CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris, 1872.

HARDY. — *Gazette de Paris*, 1873.

VERNEUIL. — *Gazette Médicale*, 1873.

HANFIELD JONES. — Zona cervicobrachial avec paralysie. *Med. times and gazette*, 1876.

BLACHEZ. — Du zona ophtalmique. *Gazette des Hôpitaux*, 25 et 26 février 1880.

FABRE (de Commentry). — Le zona. *Annales Médicales de Liège*, 1881.

LETULLE. — Sur un cas de zona ophtalmique gangreneux compliqué de paralysie faciale. *Archiv. de phys. norm. et path.*, 1882, II, p. 162.

JOFFROY. — Deux observations de zona et d'atrophie du membre supérieur. *Arch. phys. norm. et path.*, 1882, t. IX.

VOIGT. — Ueber complication von herpes zoster occipito collaris mitgleichzeitiger schwerer peripherer facialisparalyse. *Saint-Petersb. Med. wochen*, n° 45, 1885. Analysé in *Centralbl. f. nervenheilk*, I, 1885.

EULENBOURG. — Ueber complication von peripherischer facialis

- paralyse mit zoster faciei. *Centralbl f. nervenheil*, 1^{er} mars 1885.
- COOB. — A case of herpes zoster. *Boston Med. and surg. Journ.* Mars 1885.
- STRÜBING. — Herpes zoster und lahmung motorischer nerven. *Deutsch. arch. f. klin. med.*, 1885, vol. XXXVII.
- REMAK. — Zur pathogenèse der periphere facialis paralyseu gelegentlich hompli cirenden herpes zoster. *Centralbl. f. nervenheilk und psychiatrie*, 1885, n^o 7. p. 145.
- TESTAZ. — Thèse Paris, 1887.
- DESPAIGNE. — Thèse Paris, 1886.
- HERVOUET. — *Soc. Méd. hôp. Nantes*, 1892 et *Gaz. Méd. Nantes*, 1892.
- SCHLESINGER. — *Semaine Médicale*, 1892, p. 419.
- SPENCER. — Bells paralysis occuring with herpes zoster. *The Lancet*, 9 juin 1894.
- EBSTEIN. — *Wirchow's arch.*, 1895, vol. 139, p. 505.
- SIEGHEM. — Fall von herpes zoster des gesicht und weichen gammen. *Monats. f. prak. dermat. Leipsick*, 1895, vol. 20, p. 396.
- RABBE. — Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona. Thèse Paris, 1896.
- EICCHORST. — Herpes zoster und facialislahmung. *Centralb. f. innere medizin Leipsick*, 1897, XVIII, p. 425-429.
- ACHARD et CASTAIGNE. — *Gaz. hebd. méd. et chir. prat.*, 12 déc. 1897.
- GRASSMANN. — Herpes zoster mit gleichzeitiger facialislahmung, *Deutsche arch. f. klin med.*, 1897, vol. LIX, p. 615.
- MURPHY. — Herpes zoster of the face with paralysis. *British med. journ. Londres*, 1897, II, p. 466.

- RAYMOND. — Sur un cas de diplégie faciale. *Clin. mal. syst. nerveux*. Paris, 1898, p. 615.
- RENDU. — *Soc. méd. hôpitaux*, 6 mai 1898.
- SALZER. — Le zona ophtalmique. Thèse Paris, 1898.
- TRUFFI. — Un caso rare di herpes zoster. *Giornale Ital. delle mal. ven. e della pelle* Milano, 1898, XXXIII, p. 610-614.
- KLIPPEL et AYNAUD. — *Gaz hôp.*, 20 mai 1899, p. 525-531.
- LANNOIS. — Zona avec paralysie faciale. *Lyon Médical*, 1899, n° 32, p. 481.
- BRISAUD. — *Clin. mal. syst. nerv.* Paris, 1899.
- GAUCHER. — *Journ. méd. interne*, 1899.
- CHAMPION. — Manifestations à distance dans le zona. Thèse Paris, 1900.
- MERESSE. — Du zona dans les intoxications et en particulier dans l'urémie. Thèse Paris, 1900.
- ACHARD. — Thèse Lyon, 1900.
- GAUDU. — Paralysie faciale dans le zona. Thèse Paris, 1900.
- MONTGOMERY. — Zoster ophtalmicus with paresis of the facialis. *Occident. med. times*. San Francisco, 1900, XIV.
- MAGNUS. — Sur un cas d'herpès zoster suivi d'atrophie musculaire *Norsk. mag. f. læger. dansk*. Kristiania, 1902, 4 R. XVII, p. 517-524.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION.....	9
HISTORIQUE.....	11
ÉTUDE CLINIQUE. — Du zona associé.....	17
— Zona et Hémiplegie.....	31
— Des amyotrophies associées au zona.....	34
PATHOGÉNIE.....	40
OBSERVATIONS.....	63
CONCLUSIONS.....	83
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	85

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

